



Centro Universitário de Brasília - UniCEUB
Faculdade de Ciências da Educação e da Saúde - FACES
Curso de Psicologia

DILLYAN RORIZ MACHADO

UMA EXPERIÊNCIA DE EMPODERAMENTO: UMA NARRATIVA

BRASÍLIA

2014

DILLYAN RORIZ MACHADO

EXPERIÊNCIAS EM SAÚDE MENTAL POR MEIO DE NARRATIVAS

Monografia apresentada à Faculdade de Psicologia do Centro Universitário de Brasília - UniCEUB como requisito parcial à conclusão do curso de Psicologia.

Professora-orientadora - Mestra Tania Inessa Martins de Resende

BRASÍLIA

2014

DILLYAN RORIZ MACHADO

EXPERIÊNCIAS EM SAÚDE MENTAL POR MEIO DE NARRATIVAS

Monografia apresentada ao Centro
Universitário de Brasília - UniCEUB como
requisito para conclusão de curso de graduação
em Psicologia da Faculdade de Ciências da
Educação e da Saúde - FACES.

Professora Orientadora - Mestra Tania Inessa
Martins de Resende

BRASÍLIA, 15 DE JULHO DE 2014

MENÇÃO: SS

BANCA EXAMINADORA:

Prof.^a M.^a Tania Inessa Martins de Resende

Prof. M.^c Frederico Abreu

Prof.^a Dr.^a Tatiana Lionço

*Dedico este trabalho a todos aqueles que
foram esquecidos, aprisionados,
negligenciados e violentados por não
compartilharem de uma lógica imposta
hegemonicamente. A todos que perderam suas
vidas devido à ignorância de homens que se
achavam superiores aos outros, seja por
formação, classe social, enfim, por qualquer
outro motivo, que trancafiaram a loucura,
silenciando e apagando assim, milhares de
vidas.*

AGRADECIMENTOS

Primeiramente agradeço a Deus!

Em segundo, agradeço aos meus Pais, que sempre me apoiaram e me fizeram ser quem sou hoje.

Agradeço ao Clayton pelo amor, companheirismo e por ter me dado força em momentos que pensei que não fosse aguentar.

À prof.^a Tania agradeço ao aprendizado, a disponibilidade e principalmente a confiança depositada em mim, por ter me mostrado a saúde mental a partir de sua paixão e militância, essas foram de grande valia para minha escolha a seguir.

À Eva Faleiros agradeço pelo apoio, não só neste trabalho, mas por ter me recebido de braços abertos na Inverso, além dos grandes ensinamentos.

À ONG Inverso agradeço pelo carinho e por me permitir fazer parte dessa grande família.

À Girlene, agradeço pela disponibilidade, carinho e ensinamentos dessa grande gerente, que realmente faz a diferença a frente do CAPS II de Taguatinga.

À Laila, agradeço por ter me recebido no primeiro CAPS III do DF, serviço esse motivo de grande orgulho após anos de luta.

Agradeço as equipes do CAPS II de Taguatinga e do CAPS III de Samambaia pelo acolhimento e aprendizado durante meu estágio em saúde mental.

Agradeço especialmente a todos os frequentadores da Inverso e usuários dos serviços de saúde mental do DF que fizeram parte desta minha trajetória de formação. Os agradeço pelo aprendizado, por terem me mostrado o que é a saúde mental através de suas individualidades e particularidades, rompendo com generalizações e padronizações. Agradeço a eles também a confiança que depositaram em mim, em meus ouvidos, confidenciando momentos íntimos e de muito sofrimento, além de grandes histórias de recuperação.

Por fim, não poderia deixar de agradecer a Elias, por compartilhar conosco parte de sua história.

Muitíssimo obrigada!

*"Eles me disseram tanta asneira, disseram só besteira
Feito todo mundo diz.
Eles me disseram que a coleira e um prato de ração
Era tudo o que um cão sempre quis
Eles me trouxeram a ratoeira com um queijo de primeira
Que me, que me pegou pelo nariz
Me deram uma gaiola como casa, amarraram minhas asas
E disseram para eu ser feliz*

*Mas como eu posso ser feliz num poleiro?
Como eu posso ser feliz sem pular ?
Mas como eu posso ser feliz num viveiro,
Se ninguém pode ser feliz sem voar?*

*Ah, segurei o meu pranto para transformar em canto
E para meu espanto minha voz desfez os nós
Que me apertavam tanto
E já sem a corda no pescoço, sem as grades na janela
E sem o peso das algemas na mão
Eu encontrei a chave dessa cela
Devorei o meu problema e engoli a solução
Ah, se todo o mundo pudesse saber
Como é fácil viver fora dessa prisão
E descobrisse que a tristeza tem fim
E a felicidade pode ser simples como um aperto de mão*

*É esse o vírus que eu sugiro que você contraia
Na procura pela cura da loucura,
Quem tiver cabeça dura vai morrer na praia."*

(A Carta - Djavan/Gabriel O Pensador)

RESUMO

Até pouco tempo atrás o conceito de saúde mental era sinônimo de estudo e tratamento das doenças mentais. Hoje, ao invés de doença, a saúde mental é sinônima de complexidade, através de uma transversalidade de saberes que a compõe. Os últimos 50 anos foram de suma importância para o cenário da saúde mental no Brasil, grandes avanços ocorreram no setor e um dos movimentos que impulsionaram novas práticas de intervenção foi a Reforma Psiquiátrica, através da mobilização social de diversos atores, dentre eles profissionais, familiares e usuários da saúde mental, cansados das práticas invasivas e opressoras utilizadas pelo modelo asilar. O marco da Reforma Psiquiátrica no Brasil foi a promulgação da Lei Federal nº 10.216/01 que dispõe sobre a proteção dos direitos dos portadores de transtornos mentais e reestabelece um novo modelo assistencial em saúde mental, condenando o modelo asilar e hospitalocêntrico até então vigente. Diante desse histórico opressor, decidimos fazer um trabalho de resgate dessas vozes silenciadas pelo modelo manicomial, através da construção de uma narrativa de um frequentador de uma ONG de saúde mental do DF. Para compreendermos essa experiência singular foi realizado um levantamento bibliográfico sobre o novo paradigma de cuidado: a desinstitucionalização. Além disso, fizemos uma contextualização do cenário nacional e posteriormente do DF, destacando o baixo indicador de cobertura de serviços substitutivos que reflete a precariedade da rede atualmente. O DF foi abordado por ser o local onde foi realizada esta pesquisa qualitativa. Para realizarmos a análise da narrativa construída, utilizamos a hermenêutica de profundidade, utilizada para analisar fenômenos construídos por contextos sociais, como nosso caso. Através da análise compreendemos o processo de empoderamento desse narrador, apesar das dificuldades sociais e limitações devidas seu sofrimento psíquico, ele conseguiu se recuperar e hoje é um cidadão com seus direitos e deveres. Percebemos que além de uma metodologia, a narrativa possui um caráter ético e político, ao resgatar o protagonismo para os sujeitos com sofrimento psíquico. Desse modo, destacamos a necessidade da continuidade de trabalhos com construção de narrativas na saúde mental, como dispositivo empoderador, político e desinstitucionalizador.

Palavras-chave: saúde mental; desinstitucionalização; DF; narrativas; empoderamento.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ATP - Ala de Tratamento Psiquiátrico
BPC - Benefício de Prestação Continuada
CAAEE - Certificado de Apresentação para Apreciação Ética
CAJE - Centro de Atendimento Juvenil Especializado
CAPS - Centro de Atenção Psicossocial
CC - Centro Comunitário
CCC - Centros de Convivência e Cultura
CEP - Comitê de Ética em Pesquisa
CNS - Conselho Nacional de Saúde
CODEPLAN - Companhia de Planejamento do Distrito Federal
CSM - Centros de Saúde Mental
DF - Distrito Federal
DISAM - Diretoria de Saúde Mental
GAPI - Grupo de Apoio Pós-Internação
HG - Hospital Geral
HPAP - Hospital de Pronto Atendimento Psiquiátrico
HRT - Hospital Regional de Taguatinga
HSVP - Hospital São Vicente de Paulo
IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ISM - Instituto de Saúde Mental
MPSMDF - Movimento Pró-Saúde Mental do Distrito Federal
NAPS - Núcleo de Atenção Psicossocial
NUSAM - Núcleo de Saúde Mental
OMS - Organização Mundial de Saúde
ONG - Organização não Governamental
PRISME - Projeto Interdisciplinar em Saúde Mental
PVC - Programa Vida em Casa
RAPS - Rede de Atenção Psicossocial
RTs - Residências Terapêuticas
SAMU - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SES-DF - Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal
SUS - Sistema Único de Saúde

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TJDFT - Tribunal de Justiça do Distrito Federal e Territórios

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	12
Capítulo 1: A DESINSTITUCIONALIZAÇÃO: um novo paradigma de cuidado.....	16
1.1. A psiquiatria e a instituição manicomial	16
1.2. A desinstitucionalização.....	18
1.3. A experiência italiana de desinstitucionalização	21
Capítulo 2: O DESAFIO DA DESINSTITUCIONALIZAÇÃO NO DF	25
2.1. A saúde mental no Brasil	25
2.2. Novo modelo assistencial a partir de serviços substitutivos	27
2.3. A saúde mental em números no DF	31
2.4. A RAPS no DF.....	34
2.5. Transformar para desinstitucionalizar	39
Capítulo 3: METODOLOGIA: o resgate da voz.....	41
3.1. Procedimentos de Pesquisa	45
3.1.1. Construção da Narrativa.....	45
a) Contato e Convite para Participar do Estudo	46
b) Apresentação do Estudo.....	46
c) Construção da Narrativa.....	46
d) Fechamento	47
e) Feedback e Agradecimento	47
3.1.2. Análise de Dados: Hermenêutica de Profundidade	48
a) Articulação entre as Construções das Narrativas e os Registros no Diário de Campo	48
b) Redescrição Cronológica da Narrativa Construída	48
c) Reinterpretação da Narrativa Construída	49
Capítulo 4: ANÁLISE: o processo de empoderamento	50
4.1. Análise sócio-histórica	53
4.2. Análise formal.....	61
1ª Categoria: Ausência de referência afetiva: “ele”	61
2ª Categoria: Crise: uma realidade	64
3ª Categoria: Empoderamento: a construção de um cidadão	68
4.3. Interpretação/Reinterpretação	76
Capítulo 5: CONSIDERAÇÕES FINAIS	83
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	86

APÊNDICES.....	90
APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).....	91
APÊNDICE B - Folha de rosto	93
APÊNDICE C - Termo de solicitação.....	94
ANEXOS.....	95
ANEXO A - Lei Federal nº 10.216/01	96
ANEXO B - Lei Distrital nº 975	99
ANEXO C - Roteiro para Construção de Narrativas	102
ANEXO D - Ei psiu, eu não quero rivotril.....	103

INTRODUÇÃO

Até pouco tempo atrás o conceito de saúde mental era sinônimo de estudo e tratamento das doenças mentais. Apesar do termo “saúde”, sua temática era voltada para a doença mental e empregada no seu local de trabalho, o manicômio. A partir dos movimentos sociais antimanicomiais que se expandiram por todo o globo após a Segunda Guerra Mundial, novas reflexões foram trazidas para esse campo. Hoje, ao invés de doença, a saúde mental é sinônima de complexidade, através de uma transversalidade de saberes que a compõem (FOUCAULT, 2010; AMARANTE, 2013).

De acordo com AMARANTE (2013), a “saúde mental é um campo bastante polissêmico e plural na medida em que diz respeito ao estado mental dos sujeitos e das coletividades que, do mesmo modo, são condições altamente complexas” (p. 19). Desse modo, ao tentarmos categorizá-la, estamos categorizando também as possibilidades de existência humana e social, reduzindo e objetivando esse fenômeno. Devido à complexidade desse campo, a diversidade de olhares é fundamental para sua compreensão, exigindo assim interdisciplinaridade a partir do diálogo de diferentes saberes. A partir dessa polissemia, o campo da saúde mental vem se transformando radicalmente através de novas perspectivas e reflexões a respeito da condição humana que vem surgindo em todo o globo.

Os últimos 50 anos foram de suma importância para o cenário da saúde mental no Brasil, grandes avanços ocorreram no setor e um dos movimentos que impulsionaram novas práticas de intervenção foi o da Reforma Psiquiátrica. E o que é de fato a Reforma Psiquiátrica? Não há um conceito exato sobre o que seja, possuindo significados diferentes para os atores que compõem essa realidade. Segundo Pacheco (2009, p. 120), compreende-se a Reforma Psiquiátrica como:

Uma busca de uma outra forma de olhar, escutar e tratar a loucura, decorrente de um processo histórico de questionamentos e reelaborações das concepções e práticas psiquiátricas clássicas. Essa busca tem como condição primordial a transformação do paradigma da psiquiatria e do modelo asilar para o tratamento da loucura. Busca-se também a construção de um espaço social para o louco, um espaço onde sua cidadania seja reconhecida com respeito e sua autonomia, enquanto sujeito, resgatada.

Assim, a Reforma Psiquiátrica ou Luta Antimanicomial brasileira é resultado de uma grande mobilização social que começou entre as décadas de 70 e 80 do século passado, com a denúncia por parte de profissionais, familiares e usuários da saúde mental. Esse público, cansado das práticas invasivas e opressoras utilizadas pelo modelo asilar, como cita Pacheco

(2009), resolveu se unir e impulsionar a substituição dessas práticas de intensa violência e segregação aos portadores de transtornos mentais. Só a partir dessa movimentação social houve de fato a inserção da saúde mental ao cuidado primário da saúde, possibilitando um maior acesso das pessoas em sofrimento psíquico a esse tipo de serviço (PREBIANCHI & FALLEIROS, 2011).

O marco da Reforma Psiquiátrica no Brasil foi a promulgação da Lei Federal nº 10.216/01. Essa lei, também conhecida como Lei Antimanicomial e Lei Paulo Delgado, dispõe sobre a proteção dos direitos dos portadores de transtornos mentais e reestabelece um novo modelo assistencial em saúde mental, condenando o modelo asilar e hospitalocêntrico até então vigente (GUIMARÃES et al, 2010). É interessante salientar que antes da sanção da lei, os serviços substitutivos já haviam sido implantados no país, contudo, a lei trouxe um respaldo legal para esse novo modelo assistencial.

Muitos são os trabalhos e estudos em saúde mental, porém, grande parte deles vem sendo realizados através dos olhares de profissionais e pesquisadores, embasados em tratados de psiquiatria, manuais diagnósticos e de psicopatologia. Alguns autores citam a deficiência desses estudos, por não darem voz aos que vivem essa realidade em saúde mental, que são os usuários e seus familiares (WEINGARTEN, 2005; ONOCKO CAMPOS & FURTADO, 2008; MIRANDA & ONOCKO CAMPOS, 2010; BRAGA, 2012).

Nesse sentido, propomos fazer um trabalho de resgate dessas vozes silenciadas pelo modelo manicomial, ancorados em pressupostos científicos que validaram por muito tempo esse “tratamento” segregador. Queremos ressignificar, no sentido de legitimar e valorizar, essas histórias que por muito tempo foram negligenciadas. Produzindo assim conhecimento através dessas vivências em saúde mental, a partir dessa nova lógica de cuidado. Cuidado esse que pode levar a cura, como propõe Winnicott (BRAGA, 2012). Cura aqui é utilizada em uma perspectiva de recuperação, como pontua Vasconcelos e outros (2005), no sentido de “retomar uma vida usual relativamente ativa” (p. 236).

Uma das deficiências das pesquisas sobre a Reforma Psiquiátrica e seus impactos é justamente a não articulação entre o estudo e a prática, de modo que os estudos são realizados, contudo, grande parte não sai da academia para se converterem em ação (BRAGA, 2012). A partir dessa crítica, nosso estudo propõe articular a vivência em saúde mental com o que foi produzido na academia, de modo que, ao invés de levar o conhecimento teórico para as pessoas que apresentam sofrimento psíquico grave, propomos levar o conhecimento desses sujeitos para a academia, mostrando assim a saúde mental através de seus protagonistas.

Pretendemos assim, conectar o conteúdo dessas narrativas com a literatura, assim como foi realizado nos trabalhos de Braga (2012) e Vasconcelos e outros (2005). O primeiro autor fez um estudo sobre a cultura popular a partir da narrativa de uma usuária de um CAPS, construindo e ressignificando sua história a partir das crenças e valores do contexto em que ela nasceu e vive. O segundo autor fez um trabalho mais audacioso, reunindo 18 narrativas, onde são apresentadas histórias de recuperação e convivência em saúde mental. Os dois trabalhos fazem menção a importância do trabalho interdisciplinar e da relação de convivência com a equipe, possibilitando a autonomia e a reinserção social através do resgate da cidadania das pessoas com transtornos mentais.

Portanto, nosso trabalho propõe compreender o processo de empoderamento e reinserção social na saúde mental, a partir da narrativa de um frequentador de uma ONG de saúde mental no DF. Nossos objetivos específicos são: (a) compreender o tratamento a partir de sua singularidade; (b) refletir sobre as mudanças em sua vida a partir da primeira crise; e (c) refletir sobre a importância política das narrativas, ao dar voz e espaço para exposição, registro e elaboração de experiências.

Para alcance desses objetivos, propomos inicialmente um levantamento bibliográfico a respeito dessas principais transformações ocorridas no campo da saúde.

No capítulo 1, abordamos o processo de desinstitucionalização, como um novo paradigma de cuidado, que surge em meio à experiência italiana. Relatamos o trabalho de Basaglia (2001) ao romper com a ideia de doença mental e abolir o aparato manicomial, através de um movimento que começou dentro do hospital psiquiátrico e foi adquirindo a proporção macro a partir da mobilização do tecido social.

No capítulo 2, primeiramente fazemos uma contextualização da saúde mental no cenário nacional, relatando a mudança assistencial como resultado das mobilizações sociais de diversos atores envolvidos na cena. Discorremos sobre a influência do processo de desinstitucionalização na nossa legislação em saúde mental. Levando em consideração nosso cenário de pesquisa, fizemos um levantamento da rede de saúde mental no Distrito Federal, apontando para os desafios da desinstitucionalização nesse território.

O capítulo 3 abrange a metodologia utilizada para a coleta dos dados. Nosso trabalho se trata de uma pesquisa qualitativa, em que realizamos a construção de uma narrativa com um usuário da rede de saúde mental do DF. A escolha de se trabalhar com as narrativas foi devida seu caráter político-empoderador, resgatando assim a voz e a visão do sujeito, destacando sua experiência e vivência, que foram mortificadas e segregadas pela sociedade.

No capítulo 4, analisamos o processo de construção dessa narrativa. Utilizamos como ferramenta de análise a “hermenêutica da profundidade” proposta por Thompson e redescrita por Demo (2001). Essa metodologia nos permite uma análise profunda do fenômeno, abrangendo seu contexto sócio-histórico e a elaboração de algumas das estruturas que se destacam nele, além do olhar do pesquisador sobre o processo num todo.

E, finalmente, no capítulo 5, apresentamos os principais ganhos e conhecimentos produzidos neste processo de construção e análise da narrativa desse usuário.

Desse modo, através da vivência em saúde mental, percebemos o quanto cada experiência é singular. Ao dar voz para as pessoas que apresentam sofrimento psíquico grave, estamos contribuindo para o desenho de novas diretrizes psicoterapêuticas para essa população a partir de suas demandas e desejos. Destacamos o caráter político deste projeto ao contribuir para o empoderamento do nosso participante de pesquisa, que teve sua narrativa construída a partir de sua história de sofrimento, e principalmente, de superação.

Antes de adentrarmos a nossa pesquisa, é interessante destacar de onde surgiu o interesse em realizar este trabalho em saúde mental. Primeiramente houve a inserção da autora desta monografia nesse campo, a partir do Projeto Interdisciplinar em Saúde Mental (PRISME), desta instituição de ensino, durante 5 semestres, metade do período de sua formação. Através da imersão na saúde mental, percebemos o quanto seus usuários foram silenciados pela sociedade, e principalmente, o quanto de aprendizado e sabedoria eles tem para nos compartilhar. Dessa forma, pensamos em construir a narrativa de um usuário, com um bom vínculo com essa autora, registrando o seu processo de empoderamento na saúde mental, destacando a imensa riqueza de sua sabedoria, construída a partir de sua experiência, muitas vezes dolorosa, mas que certamente, hoje é vitoriosa.

Capítulo 1: A DESINSTITUCIONALIZAÇÃO: um novo paradigma de cuidado

No decorrer das últimas décadas, a partir dos questionamentos sobre a prática e o saber psiquiátrico, além dos fundamentos científicos que legitimam esse saber, é visível como a relação entre a sociedade e a loucura tem se transformado. Cada vez tem se tornado mais nítido, em todo território brasileiro, a legitimação do sofrimento de sujeitos que por muito tempo foram negligenciados. Essa legitimação só tem sido possível devido ao processo de desconstrução das relações de poder entre a instituição e o sujeito, através de um processo social complexo que é a desinstitucionalização.

1.1. A psiquiatria e a instituição manicomial

As instituições estão presentes em todas as esferas de nossa vida, vivemos em função delas por grande parte do nosso tempo, a começar pela família e depois a escola. Para Basaglia (2001), o que a priori define uma instituição é a relação de poder, onde um manda e o outro obedece, dessa maneira, “uma relação de opressão e violência entre poder e não-poder, que se transforma em exclusão do segundo pelo primeiro. A violência e a exclusão estão na base de todas as relações que se estabelecem em nossa sociedade” (p. 101). De acordo com Goffman (2010), essa divisão de poder e não-poder é caracterizado pelo grupo que é controlado, versus, o grupo de supervisores dessas instituições. Essa divisão é bem nítida, com estreitas relações entre os dois grupos, que demarcam principalmente os limites do grupo que é controlado.

O manicômio é uma dessas instituições violentas, que destrói aquele que “vive” nela, retirando do sujeito tudo aquilo que o faz um cidadão, como os direitos e a voz. Há no manicômio uma ordem que é caracterizada por uma “regulação perpétua” que penetra nos corpos através do poder disciplinar, controlando os sujeitos que ali então encarcerados (FOUCAULT, 2006). Retira-se dele sua subjetividade que é reconstruída a partir de uma objetividade técnica, assim, percebe-se que o sujeito fica realmente em uma condição de assujeitamento pela instituição que o controla e o define através de classificações e diagnósticos (BASAGLIA, 2001). Goffman (2010) denomina de “mortificação do eu” o processo onde o sujeito é despidido de todos seus valores e direitos, onde sua subjetividade é

substituída pela objetividade da instituição. Enfim, retira-se do sujeito ele mesmo para preenchê-lo com a instituição.

Goffman (2010) utiliza o termo “instituição total” para caracterizar as instituições extremamente fechadas, onde o institucionalizado está afastado do mundo externo e tem toda sua vida controlada. O autor define essas instituições “como um local de residência e trabalho onde um grande número de indivíduos com situação semelhante, separados da sociedade mais ampla por considerável período de tempo, levam uma vida fechada e formalmente administrada” (p. 11). Nota-se que há uma verdadeira ruptura entre a instituição total e a sociedade, onde toda a vida do sujeito acontece nesse espaço segregado. O manicômio é um exemplo dessas instituições totais, transvestida em depósito de sujeitos, totalitária desde sua origem. Onde há um poder respaldado pelo “saber” científico que exclui a loucura do social, rechaçando qualquer traço de cidadania do louco, nutrindo assim um sistema normativo através do controle, da vigilância e da punição daqueles que não se ajustam à norma (LOBOSQUE, 2003).

A psiquiatria clássica defendia a necessidade da instituição asilar e de que o médico tivesse um certo poder nesse local. Só assim poderia ser construído o saber psiquiátrico, através da observação exata do fenômeno da loucura. Desse modo a ordem disciplinar foi se estabelecendo, sendo a ferramenta principal da psiquiatria, necessária para que ocorresse a operação terapêutica (FOUCAULT, 2006). Entretanto, vale salientar que essa instituição só foi instalada porque havia uma demanda social, por conta daqueles que não compartilham das mesmas normas impostas por um poder hegemônico que dita o que é aceitável e o que não é.

Esse poder, longe de ser um objeto, não é pertencente ao Estado e muito menos a psiquiatria, como foi associado, ele está disseminado por todo o tecido social (SÁ & PEREIRA, 2006). “Só há poder porque há dispersão, intermediações, redes, apoios recíprocos, diferenças de potencial, defasagens, etc” (FOUCAULT, 2006, p. 7). De certo, a relação entre poder e saber constrói um conhecimento que é um dispositivo político, desprovido de neutralidade, embora a pretensão seja colocá-lo como neutro, devido à cientificidade que ele representa. O objetivo da criação da psiquiatria é de que ela fosse um dispositivo disciplinar, onde deveria delimitar o que seria comportamento aceitável, identificando como patológico o que desviasse. Através dessa patologização, surge a doença mental (SÁ & PEREIRA, 2006). Assim, os desviantes da norma são rejeitados e encarcerados. Basaglia (2001) enfatiza que o interessante dessa situação é que a sociedade rejeita justamente porque uma parte dela também se reconhece na loucura, e como uma

espécie de prevenção, trancafiam os desviantes em espaços distantes, para que não haja uma contaminação dos ditos normais.

Ao tentar esconder sua face de violência, a sociedade concede este trabalho para os técnicos, que terão a violência de sua práxis justificada pelo caráter científico e “neutro” de suas ações, surgindo assim à violência técnica. A função técnica nesse momento de transição sociedade-técnico era justamente adaptar o sujeito para se assujeitar a violência imposta, não reagindo assim aos abusos e dando menor trabalho para a equipe. A partir desta descrição se compreende porque Basaglia (2001) relatou que a instituição psiquiátrica é a mais violenta que já existiu. Onde os sujeitos passam a ser denominados de “objetos da violência” e sua realidade é se adaptar ao que lhe é oferecido, não há um diálogo entre excluído e excludente (BASAGLIA, 2001; GOFFMAN, 2010), pelo menos não nesse primeiro momento. O saber técnico aqui, por mais que seu objetivo fosse terapêutico-orientador, exercia um papel administrativo, perpetuando assim uma violência de proporção global dentro da instituição e deixando marcas que extrapolaram os muros dos manicômios (FOUCAULT, 2010).

Toda instituição possui um papel elaborado socialmente, por isso, a dificuldade de negar esse social latente. Contudo, é uma negação necessária, até mesmo para que os profissionais analisem e se reconheçam como excluídos dos demais (sociedade) por também estarem institucionalizados. Uma vez que não compartilhem da mesma lógica, é necessário mobilizar os excluídos, de modo que não os excluam mais a partir de uma violência mistificada pela técnica. Esse foi o diferencial da experiência italiana, onde o processo de desinstitucionalização começou dentro do manicômio, já que não compartilhavam dos mesmos valores sociais que segregavam aqueles sujeitos. Além disso, não compartilhavam da cientificidade daquelas práticas, tal qual era apresentado (BASAGLIA, 2001).

1.2. A desinstitucionalização

A negação de um sistema é muito mais que a negação de um espaço físico, como o manicômio, é a negação do que sustenta essa instituição, é o que está por trás de toda sua violência, é justamente o saber científico, ao ser incorporado violentamente sem nenhuma contestação por ser um saber científico, suposto dono da verdade (BASAGLIA, 2001; FOUCAULT, 2006). Então, negar o manicômio, é negar também o saber que o fez e faz existir. Fica inevitável a crise científica neste contexto, principalmente no que se refere às ações terapêuticas. Assim, Basaglia (2001) relata que:

A ciência que afirmou, de uma parte, que o doente mental dever ser considerado o resultado de uma alteração biológica mais ou menos indefinida, diante da qual não havia nada a fazer senão aceitar docilmente sua *diferença* relativamente à norma. É daí que decorre a ação exclusivamente tutelar das instituições psiquiátricas, expressão direta da impotência de uma disciplina que, diante da doença mental, limitou-se, de certo modo, a defini-la, catalogá-la e geri-la (p. 104, destaque do autor).

Não há uma resposta que pudesse definir o porquê e qual a forma de cura, daí as suposições psicopatológicas engrenadas com as biológicas, que visavam um sentido em tudo isso. Na falta dessa “solução”, a encontrada foi excluir o que era diferente.

A instituição psiquiátrica se sustenta através de uma estrutura autoritária, coercitiva e hierárquica, que se mantém a partir da violência. Além de tudo, há nesta instituição uma impenetrabilidade estrutural que impossibilita qualquer tipo de intervenção que não compartilhe da mesma lógica violenta. Neste contexto, Basaglia (2001) afirma que só poderá ser realizada uma relação terapêutica verdadeira se o doente mental estiver livre, só assim ele poderá vir a ter autonomia e ser empoderado como sujeito. Essa nova relação é bem diferente da técnico-paciente que havia até então, marcada pela institucionalização, onde o sujeito que estava internado, ao entrar no hospital, deixava de ser uma figura social, sem qualquer peso ou valor. Inexistia um poder contratual que pudesse ser uma moeda de troca. Não havia reciprocidade e o sujeito estava abandonado ao poder dos médicos e enfermeiros (BASAGLIA, 2001; GOFFMAN, 2010; AMARANTE, 2013).

Uma das discussões do novo paradigma é o rompimento da ideia de doença. No caso do manicômio, é nítido que a doença, se é que existe, não determina o problema do adoecimento do sujeito dentro da instituição, e sim, as relações de poder que retiram dele qualquer tipo de valor, particularidade, singularidade e subjetividade (BASAGLIA, 2001). Nesse sentido, o diagnóstico é utilizado para justificar a condição que o sujeito se apresenta, cabe ao técnico-especializado fazer esse julgamento (SÁ & PEREIRA, 2006), que na verdade é mais um processo discriminatório do que de um acolhimento para um “tratamento”. Basaglia (2001) afirma que o sujeito então é definido através de uma doença, o diagnóstico se torna um rótulo, que o torna passivo diante de um sistema de poder que o exclui. “A exclusão do doente do mundo dos sãos libera a sociedade de seus elementos *críticos*, de uma só vez confirmando e sancionando a validade do conceito de norma que tal sociedade estabelece” (p. 109, destaque do autor). É mais uma vez nítido que o problema não está na doença, mas na relação que se tem com ela, tanto por parte da sociedade, quanto por parte dos técnicos que agora são representantes da sociedade.

De acordo com as normas institucionais, para lidar com o sujeito, é necessário objetivá-lo de modo que ele não traga mais problemas para a instituição (FOUCAULT, 2006; GOFFMAN, 2010). Nesse sentido, Basaglia (2001) afirma que “a objetivação não é a condição objetiva do doente, mas se localiza no interior da relação entre doente e terapeuta, no interior, portanto, da relação entre o doente e a sociedade que delega ao médico sua cura e tutela” (p. 109). Dessa maneira, a objetivação transforma o sujeito naquilo que é exigido pela sociedade e aplicado pela instituição. A institucionalização da prática provoca assim a primeira falência da psiquiatria.

Entre 1930 e 1940, Foucault (2006) aponta o surgimento de uma crítica institucional “para evidenciar, por um lado, a violência do poder médico que nela se exercia” (p. 49). Vários movimentos de reforma psiquiátrica começam a surgir em toda a Europa, passando depois para os Estados Unidos e depois se dissipando por todo o globo. O objetivo dessas reformas era o de “renovar a capacidade terapêutica da Psiquiatria, liberando-a das suas funções arcaicas de controle social, coação e segregação” (ROTELLI, LEONARDIS & MAURI, 2001, p. 19).

AMARANTE (1996) afirma que, embora se fale em reforma psiquiátrica, desde o surgimento da psiquiatria como disciplina específica, se fala de uma reforma nas práticas (técnica e administrativa) em saúde mental, com várias denominações diferentes. Contudo, é após a Segunda Guerra Mundial que os trabalhos se intensificam e a reforma, tal qual conhecemos hoje, toma a cena. Emerge da reforma inclusive, a necessidade de novos estudos a respeito dessa nova lógica de cuidado.

De acordo com Amarante (1996), as transformações requeridas pela reforma “transcendem à busca de soluções exclusivamente técnicas ou administrativas, para remontarem a questões a um só tempo teóricas, políticas, culturais e sociais. Nesse novo cenário, o conceito de cidadania é, pois, palavra-chave fundamental” (p. 14). Cidadania esta que é negada ao portador de transtornos mentais, já que “o doente mental é despojado de seus direitos jurídicos, políticos e civis, tornando-se, dessa maneira, um não-cidadão” (p. 15), que é uma das fases do processo de mortificação do eu, colocado por Goffman (2010). Apesar de ser um grande movimento, a reforma não é homogênea, variando seus objetivos de acordo com os atores e cenários da luta, contudo, a luta pela cidadania é uma demanda compartilhada pelo movimento.

Amarante (2013) divide em três grupos as principais experiências de reforma no mundo. O primeiro grupo visava uma reforma hospitalar, na instituição, com criação de serviços, grupos, e até mesmo um trabalho de dar voz aos institucionalizados, porém, tudo

continuava acontecendo dentro dos limites dos muros do hospital psiquiátrico. O segundo grupo visava uma reforma de caráter administrativa, através da criação de outros serviços, porém não substitutivos, que deveria diminuir a importância do hospital psiquiátrico, contudo, ele continuaria existindo e fazendo parte dos serviços de saúde mental. No terceiro grupo o autor destaca que o trabalho realizado foi além da reforma, no sentido de que houve uma mudança de paradigma, onde era visada uma reforma e ao mesmo tempo, uma desconstrução, não somente do manicômio e de suas práticas, mas do saber que as sustentavam.

A crítica que Amarante (2013) faz as experiências de reforma é que estas sempre estiveram relacionadas à reformulação dos serviços, essa redução limita o trabalho e as mudanças, já que o saber que sustenta as práticas manicomiais continua sendo legitimado. Considerando o terceiro grupo destacado pelo autor, resolvemos trabalhar com o conceito de desinstitucionalização de Basaglia por ser uma proposta que, para além de uma reforma, se configura como uma desconstrução do aparato manicomial e do saber que o sustentou por um longo período. Além disso, esse conceito é referência da nossa Política Nacional de Saúde Mental.

1.3. A experiência italiana de desinstitucionalização

O processo de desinstitucionalização na Itália começou na década de 60, com o propósito de reformar um hospital psiquiátrico em Gorizia. Contudo, Basaglia percebeu que apenas medidas administrativas e de humanização não seriam suficientes para modificar o manicômio, era preciso ir além (AMARANTE, 2013).

A desinstitucionalização, conforme a experiência italiana, é um processo mais complexo, no sentido que vai além de serviços, provoca uma reflexão e principalmente uma mudança de paradigma, onde não há um modelo a ser modificado ou transformado, mas um processo social complexo que deve estar permanentemente em movimento (BASAGLIA, 2001; ROTELLI, LEONARDIS & MAURI, 2001; AMARANTE, 2013). Uma vez que o tecido social, juntamente com suas representações é modificado, isso reflete em todo o comportamento social, inclusive nos serviços e sua organização.

O primeiro momento da desinstitucionalização foi marcado pela mudança emocional dos atores envolvidos, contestando a ideia de doente por uma visão de homem em sofrimento. O segundo passo foi de caráter político, em busca de uma aceitação passiva da sociedade e combatendo o seu rechaço violento que acabou por segregar o sujeito, é claro que esse percurso teve muitas oscilações e levou longo período de tempo para que definitivamente o

olhar social para esses excluídos fosse desconstruído e reconstruído novamente a partir de outra ótica (AMARANTE, 2013; ROTELLI, LEONARDIS & MAURI, 2001).

De acordo com Rotelli e outros (2001), após alguns anos de batalhas, a Itália conseguiu o fechamento completo dos seus manicômios, foi o primeiro país a conseguir superar e substituir o aparato do hospital psiquiátrico. Em maio de 1978 foi aprovada no parlamento italiano a Lei 180, regulamentando o processo de desinstitucionalização, sancionando “a eliminação da intervenção psiquiátrica e a construção de serviços de comunidade inteiramente substitutivos da intervenção” (p. 48). Apesar dos obstáculos político-social a Itália nos testemunha que a mudança é sim possível, uma mudança que perpassou e perpassa pelas esferas culturais e institucionais. Essa primeira conquista só pôde virar realidade através da “primazia da prática” de Basaglia (1996), entendida “não apenas como um mero ‘fazer’, mas como produtora de uma outra realidade e de uma outra cultura, tendo que lidar, seja com o preconceito social para com o doente mental, seja com o preconceito científico para com a doença” (p. 11).

A proposta italiana de desinstitucionalização tem como objetivo principal desconstruir as relações de poder institucionais, abolindo assim a violência e exclusão nesse espaço, de modo que possa ser produzido um sentido para a vida dos sujeitos, produzindo e legitimando a subjetividade dessas pessoas. A desinstitucionalização, pensada e colocada em ação por Basaglia e seus companheiros, é um processo, contínuo, em constante vigilância, para que os antigos modelos de saúde mental não voltem a ser reproduzidos, não devendo jamais ser tomada como realizada e/ou concretizada, mas sempre em processo de implementação, provocando e produzindo inovações nas políticas sociais (ROTELLI, LEONARDIS & MAURI, 2001).

Dessa forma, a experiência italiana conseguiu desconstruir uma cultura opressora e perversa, sendo assim muito mais do que uma mudança de teoria, mas uma mudança do pensamento e de representação social, que hoje possui um novo conceito de normalidade, loucura, saúde e doença. Um dos grandes diferenciais desse ato foi o resgate do sujeito e de sua singularidade no social, de modo que pudesse ter “a possibilidade de viver de maneira diversa o próprio sofrimento” (BASAGLIA, 1996, p. 11), onde:

Esse sofrimento, que se revela cada vez mais complexo e ao mesmo tempo mais simples, ocorre responder com estruturas e serviços que consintam formas de cura e de assistência que sejam conjuntamente espaços de vida, de estímulo, de confronto, de oportunidades, de relações interpessoais e coletivas diferentes, que vislumbrem uma mudança de cultura e de política mais social que sanitária.

A partir da obra de Basaglia podemos observar que a “cura” só será possível a partir de espaços de vida, onde a pessoa poderá ter acesso a um tipo de assistência que faça sentido para ela, onde se sinta legitimada como sujeito. Sabemos que em muitos casos o uso da medicação é imprescindível, mas que o tratamento possa ir além da medicação. Esse processo de medicalização do social é constatado na nossa prática, nos serviços de saúde mental, onde podemos ver como o medicamento ainda assume um papel privilegiado no tratamento, através de uma medicalização da vida, que acaba por “dominar” o sujeito (AMARANTE, 1996).

De acordo com Basaglia (2001), “o ato terapêutico revela-se um ato político de integração, na medida em que tende a reabsorver, num nível regressivo, uma crise em pleno curso; ou seja, a reabsorver a crise retrocedendo à aceitação daquilo que a provocara” (p. 113). Assim, fica nítido que para que o sujeito seja agregado socialmente novamente, ele deve se empoderar, deve ser um cidadão com direitos e deveres (VASCONCELOS, 2003).

Como colocado acima, a intenção não foi colocar um modelo definitivo que se tornaria um sistema a ser seguido, o que permitiria novamente a institucionalização. A proposta é outra, partindo de um revolucionamento institucional, com objetivo de negar aquelas práticas, porém, para negar, era necessário que tivessem outras para preencher o vazio, nesse caso, a alternativa utilizada foi de preencher esses espaços violentos e repressores com a liberdade. Liberdade sem burocracia e autoritarismo, uma liberdade sem limites obrigatórios, onde o sujeito pudesse ser ele mesmo, permitindo assim novos espaços para sua subjetivação que foi trancafiada e negada por longo tempo. Saindo do hospital psiquiátrico e tendo a liberdade, o sujeito entra em uma nova dimensão emocional, outro espaço onde realmente pode existir (BASAGLIA, 2001).

Desse modo, o revolucionamento institucional provocou uma ruptura através da negação das práticas violentas. Realmente havia um risco embutido de nada do que foi implantado dar certo, afinal de contas, não havia experiências como aquela. O diferencial da proposta italiana foi seu diagnóstico global da situação, já que não adiantava abrir as portas se os sujeitos não fossem acolhidos e assistidos, vendo no hospital psiquiátrico o único lugar que pudessem viver de fato. Por isso a necessidade da elaboração de serviços substitutivos, que realmente através de uma rede, pudessem assistir e não prender, ao contrário, tornando mais suave o retorno dessas pessoas à sociedade, já que os serviços foram implantados dentro das comunidades.

Essa mudança cultural é refletida na atual sociedade, apesar do manicômio ainda estar presente, contudo, cada vez mais, as pessoas têm o enxergado por outra ótica, violenta e desumana. Este é um dos maiores ganhos do processo de desinstitucionalização, a mudança

da cultura da exclusão total. De certo, estamos em um momento de construção ainda, desse novo lugar, um lugar social, para essas pessoas que foram excluídas socialmente (AMARANTE, 2013). Contudo, vale salientar que a luta continua, e de acordo com Basaglia (2001), ela transcende o status de algo a ser conquistado, é um processo social que nunca deve ser abandonado ou adormecido, uma espécie de monitoramento constante para que as antigas práticas asilares e violentas deixem de ser realidade.

No próximo capítulo analisaremos o atual cenário da saúde mental no Brasil e posteriormente no DF, local onde a pesquisa foi realizada, destacando os avanços e necessidades na rede de serviços.

Capítulo 2: O DESAFIO DA DESINSTITUCIONALIZAÇÃO NO DF

Para falarmos sobre o desafio do processo de desinstitucionalização no DF, faremos uma breve contextualização deste processo no cenário nacional, para posteriormente, destacarmos o cenário desta monografia.

2.1. A saúde mental no Brasil

No Brasil, a psiquiatria esteve por muitos anos como uma assistência aliada ao isolamento. Assim como ocorreu na Europa, houve um movimento de higienização no Brasil Imperial, afastando os loucos e os andarilhos do convívio social. Até então essas pessoas eram abrigadas nos porões das Santas Casas de Misericórdia, mas devido à urbanização das cidades e ao aumento desse público “inadequado” para a sociedade, o Imperador D. Pedro II construiu o primeiro hospício brasileiro na cidade do Rio de Janeiro, inaugurado em 1852, a primeira instituição no país específica para os portadores de transtornos mentais (GUIMARÃES et al, 2010).

A construção do Manicômio D. Pedro II deu início a implantação de diversos asilos e manicômios que se estabeleceram no Brasil. Antes mesmo da construção do primeiro manicômio no país, decretos e leis foram elaborados para normatizar a assistência em saúde mental. O primeiro decreto promulgado no Brasil referente a essa área foi em 1934, onde se estabelecia a “assistência e proteção individual, bem como sobre os bens dos psicopatas, considerava loucos os menores, os anormais, os toxicômanos, os intoxicados habituais e os indivíduos suspeitos incapazes de exercer pessoalmente os atos da vida civil” (GUIMARÃES et al, 2010, p. 275).

Em 1934, “a doença mental era considerada caso de ordem pública e de polícia, em que a atuação da psiquiatria era repressiva, com amplos poderes aos psiquiatras, inclusive o de questionar ordens judiciais” (GUIMARÃES et al, 2010, p. 277). Percebemos aqui a semelhança com o cenário europeu, onde o primeiro momento da psiquiatria também foi marcado por um controle administrativo dessa população excluída da sociedade. Estima-se que de 1950 a 1970, a população de portadores de transtornos mentais tenha aumentado em 213% no Brasil, contrapondo com 82% de crescimento da população geral. Uma provável explicação para esse aumento seria a ligação de psiquiatras e psicanalistas com o governo

durante o regime militar, encontrando na loucura uma fonte rentável (GUIMARÃES et al, 2010).

Em relação à legislação em saúde mental, no período de 1934 a 1990, apenas as questões administrativas eram destacadas. O cenário era de espantosa precariedade em todo o país, com implementação de hospitais-colônias e manicômios no entorno dos centros urbanos (AMARANTE, 2013; GUIMARÃES et al, 2010). Entre as décadas de 30 e 70 do século passado, surgiram outras normas federais relacionadas à saúde mental, contudo, só a partir da década de 80, mudanças significativas começaram a ocorrer (AMARANTE, 1996). A participação social foi de suma importância para a mobilização política no cenário da saúde mental brasileira.

A Reforma Psiquiátrica ou Luta Antimanicomial é resultado de uma grande mobilização social que começou entre as décadas de 70 e 80 do século passado, com a denúncia por parte de profissionais, familiares e usuários da saúde mental. Esse público, cansado das práticas invasivas e opressoras utilizadas pelo modelo asilar, resolveu se unir e impulsionar a substituição dessas práticas de intensa violência e segregação aos portadores de transtornos mentais. Só a partir dessa movimentação social houve de fato a inserção da saúde mental ao cuidado primário da saúde, possibilitando um maior acesso das pessoas a esse tipo de serviço (PREBIANCHI & FALLEIROS, 2011).

De certo, a introdução do capítulo sobre os direitos a saúde e a obrigação do Estado na Constituição de 1988 impulsionou mais ainda o movimento que começava a adquirir consistência política. Com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), regulamentado pela Lei Federal nº 8.080 em 1990, houve um grande avanço para a saúde de modo geral. A partir desse novo modelo, o Estado começou a dar atenção ao processo saúde-doença, o SUS organizou a saúde, incluindo a saúde mental, “segundo os preceitos da promoção, prevenção, tratamento e reabilitação” (PREBIANCHI & FALLEIROS, 2011, p. 34). Representando um grande avanço para a saúde de modo geral no Brasil, priorizando um modelo de atenção integral à população. Antes dessa nova organização era dada atenção apenas à doença, praticamente não havia serviços de prevenção e promoção da saúde no país. No que tange a saúde mental então, toda a atenção era dada aos sintomas.

Através dessa mobilização social com diversos atores - entre eles usuários, familiares, profissionais - em prol da reforma psiquiátrica brasileira, embasada na experiência de desinstitucionalização italiana, tornou-se real a Lei Federal nº 10.216 (ANEXO A), sancionada em 6 de abril de 2001. No entanto, é importante salientar que foram 12 anos de tramitação e de manobras políticas por várias instâncias legislativas no país até que a lei fosse

promulgada (ARBEX, 2013). Conhecida como “Lei Antimanicomial” e “Lei Paulo Delgado”, “dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental” (BRASIL, 2002, p. 15). Um ponto que deve ser destacado nesta lei, é que pela primeira vez, a intersetorialidade é implantada na saúde mental, incluindo outras instâncias sociais e políticas além da saúde neste cenário, como o Ministério Público Estadual. Essa inclusão abriu espaço para que outros setores, como o judiciário, fizessem parte do cenário da saúde mental para a proteção integral dos portadores de transtornos mentais (AMARANTE, 2013).

Enquanto a aprovação da Lei Antimanicomial estava em tramitação, leis estaduais e municipais a respeito do redirecionamento das práticas em saúde mental foram aprovadas, dentre elas, uma no DF, a Lei Distrital nº 975 (ANEXO B), sancionada em 12 de dezembro de 1995 (AMARANTE, 2013). Essa Lei Distrital “fixa diretrizes para a atenção à saúde mental no Distrito Federal e dá outras providências” (BRASIL, 2002, p. 23). Ambas as leis são aportes legais que devem ser obedecidos, contudo, Rotelli, Leonardis e Mauri (2001) salienta que não é a aprovação de uma lei que irá realizar o processo de desinstitucionalização, a lei é “apenas” um dispositivo legal que dispõe sobre ações que devem ser realizadas. Além disso, Basaglia (2001) afirma várias vezes em sua obra o caráter processual do desinstitucionalizar, de modo que sempre deverá estar acontecendo, desse modo, a lei não representa um modelo a ser seguido. Assim, a Lei Paulo Delgado é um aparato legal para a reforma no cenário da saúde mental que já vinha ocorrendo, prevalecendo assim o desafio de implementá-la.

2.2. Novo modelo assistencial a partir de serviços substitutivos

A implementação desse novo modelo de assistência elaborado pelo SUS vem se estabelecendo no país através de uma rede de serviços substitutivos. Dessa maneira, os usuários dos serviços devem ser amparados e assistidos de acordo com os seus desejos, através da realização de atividades que façam sentido para eles, só assim elas poderão ter um caráter terapêutico para os sujeitos. Essa rede de serviços substitutivos dentro do território nacional é denominada de Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), seu objetivo é de “garantir a articulação e integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território, qualificando o cuidado por meio do acolhimento, do acompanhamento contínuo e da atenção às urgências” (AMARANTE, 2013, p. 99). De acordo com o Ministério da Saúde, a RAPS é composta basicamente por: Centro de Atenção Psicossocial (CAPS); Residências Terapêuticas (RTs);

Hospital Geral (HG); Centro Comunitário (CC); e Atenção Básica (BRASIL, 2004). Citamos que esta é a composição “básica” devido às possibilidades locais e a disposição dos serviços, podendo assim fazer com que a RAPS seja bem mais ampla e complexa.

O que define a área de abrangência e de atuação da RAPS é o território. O conceito de território foi utilizado pela primeira vez na saúde mental pela Psiquiatria de Setor francesa no final da década de 50 do século passado. Na tentativa de se fazer um trabalho externo ao manicômio, foram criados Centros de Saúde Mental (CSM), distribuídos de acordo com o número populacional das regiões (AMARANTE, 2013). Embora esse processo de distribuição tivesse recebido o nome de regionalização, se assemelha em muito com nossa concepção de território.

O território é mais do que uma área geográfica, é uma região administrativa, com instituições, comunidades, enfim, é onde as pessoas vivem, com todas suas problemáticas, não no sentido pejorativo, mas dos desafios da vida cotidiana. De acordo com a proposta de desinstitucionalização italiana, o território é imprescindível para esse processo. Através dele será possível acessar o tecido social e realmente inserir socialmente esses sujeitos que foram excluídos. É no território que eles encontram suporte, irão criar vínculos sociais, construir de fato um lugar social e de pertencimento (BASAGLIA, 2001; ROTELLI, LEONARDIS & MAURI, 2001). Dessa maneira, “o serviço territorial se configura como ator de mudança social, como propulsor de transformações concretas em nível local de mudança social nas instituições e na comunidade” (ROTELLI, LEONARDIS & MAURI, 2001, p. 51). Nesse sentido, vemos a importância de serviços como o matriciamento no território, mobilizando a RAPS através da parceria dos serviços de saúde mental com a atenção básica. “A equipe matricial consiste em um grupo de profissionais de diversas especialidades que visa oferecer suporte e orientação às equipes de saúde da atenção básica no acompanhamento, prevenção e promoção da saúde mental” (DISTRITO FEDERAL, 2010, p. 59). O matriciamento e parceria com a atenção básica possibilita assim a assistência em toda a área de abrangência do território.

O território possibilita o empoderamento do sujeito através de cuidado e assistência, dentro do seu contexto social, por meio da ajuda e suporte mútuos dentro da comunidade (VASCONCELOS, 2003). Essa ação vai à contramão do que havia sido feito até pouco tempo atrás, com a exclusão e segregação dos sujeitos, que eram enviados para locais distantes, para que a doença fosse tratada. O novo paradigma psicossocial reforça exatamente o contrário, onde “a experiência dita patológica ocorre não no indivíduo na condição de corpo ou mente doente, mas nas relações estabelecidas entre ele e a sociedade” (AMARANTE, 2013, p. 52).

Onde o conceito de doença mental é substituído pela experiência do sujeito em sua relação com o meio social. Ao invés da “doença mental” ser tratada, agora é o sujeito que é tratado, no sentido de cuidado, levando em conta sua história de vida, seu contexto social, enfim, o tecido social onde se constituiu, através de um modelo inclusivo e cidadão. Dentro desta perspectiva de mudança de paradigma, utilizaremos “sofrimento psíquico grave”, construído por Costa (2013), ao invés de transtorno mental, de modo que seja reforçada a mudança de foco do sintoma para o sujeito e toda sua experiência singular de existência.

De acordo com Costa (2013), entendemos por sofrimento psíquico grave “toda manifestação aguda da angústia humana (seja pela linguagem seja pelo comportamento) que não é - ou não tem sido - bem compreendida” (p. 40). Para o autor, o sofrimento psíquico faz parte da nossa condição humana, sendo constituído em nossas relações, tendo assim, caráter essencialmente particular. Ao romper com classificações generalistas que reduzem o sofrimento ao sintoma, podemos oferecer um cuidado diferenciado, ao acolher a priori o sujeito com sua singularidade e particularidade. A qualificação “grave”, dada por Costa, não se refere à intensidade quantitativa do sofrimento, que não pode ser mensurado e nem é nossa intenção, mas diz respeito ao manejo deste sofrimento que é de alta complexidade, levando em conta um sujeito que é multifacetado.

Retornando ao sentido de inserção e pertencimento social, a construção da RAPS no território é uma maneira de cuidar e “tomar de conta”, no sentido de se responsabilizar, por todos aqueles sujeitos que estão ali (BASAGLIA, 2001; ROTELLI, LEONARDIS & MAURI, 2001). No território o sujeito deverá ser cuidado integralmente, cabendo o encaminhamento para outros lugares apenas caso o território realmente não tenha condições de se responsabilizar por ele. É objetivo da RAPS não só criar e administrar a rede, mas de se comunicar com outras também, por isso, o encaminhamento pode ser realizado. Dentre os serviços que fazem parte da RAPS, um deles se destaca devido ao seu caráter estratégico de articulação dentro e fora do território, são os CAPS.

Os CAPS são o principal dispositivo substitutivo do manicômio, sendo o serviço de maior destaque na Política Nacional de Saúde Mental. Assim como o CSM francês citado acima, esse novo serviço surge com a proposta de trabalho externo ao hospital psiquiátrico. No Brasil, esses serviços substitutivos começaram a ser implantados na década de 80 do século passado. O primeiro serviço substitutivo implantado no Brasil foi o Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS) em Santos, em seguida, foi construída a primeira unidade do CAPS em 1986 na cidade de São Paulo. Ao CAPS cabe a articulação de todas as ações em saúde mental,

além de ser a principal referência para as pessoas em sofrimento psíquico grave. De acordo com o Ministério da Saúde, cabe aos CAPS:

Assumir seu papel estratégico na articulação e no tecimento dessas redes, tanto cumprindo suas funções na assistência direta e na regulação da rede de serviços de saúde, trabalhando em conjunto com as equipes de Saúde da Família e Agentes Comunitários de Saúde, quanto na promoção da vida comunitária e da autonomia dos usuários, articulando os recursos existentes em outras redes: sócio-sanitárias, jurídicas, cooperativas de trabalho, escolas, empresas etc. Os CAPS, assumindo um papel estratégico na organização da rede comunitária de cuidados, farão o direcionamento local das políticas e programas de Saúde Mental: desenvolvendo projetos terapêuticos e comunitários, dispensando medicamentos, encaminhando e acompanhando usuários que moram em residências terapêuticas, assessorando e sendo retaguarda para o trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde e Equipes de Saúde da Família no cuidado domiciliar (BRASIL, 2004, p. 12, destaque nosso).

Desse modo, os CAPS são o principal dispositivo desinstitucionalizador, capaz de substituir o hospital psiquiátrico, através de construção e articulação de uma RAPS eficiente. É importante destacar que o CAPS, como principal dispositivo da atual política, é um serviço de passagem, que contempla a necessidade da alta, já que esse espaço é temporário, e não de permanência, o que o transformaria em um asilo, retrocedendo o que foi conquistado. Lobosque (2003) enfatiza que mesmo sendo de passagem, o serviço sempre estará à disposição do sujeito, caso ele precise retornar, dessa maneira, “a clínica do sofrimento mental grave tem uma dimensão necessariamente incondicional” (p. 26). O termo clínica utilizado vai muito além do *setting* terapêutico, correspondendo ao cuidado oferecido, que também é terapêutico e empoderador.

Existem várias modalidades de CAPS, o que irá determinar cada uma será o número populacional no território e sua demanda. Os horários e dias de funcionamento serão de acordo com a modalidade. Primeiramente os CAPS foram divididos em cinco modalidades: I; II; III; Álcool e Drogas (ad); e Infanto-juvenil (i). Devido o programa nacional de enfrentamento da dependência de crack e outras drogas, o governo tem dado uma maior ênfase para a construção de CAPS que atenda a esse público. Recentemente 2 outras modalidades foram criadas: III ad; e III ad i. Há um crescente número de novas instalações de CAPS ad III e ad i III, inclusive no DF, número este bem superior, se comparado ao número de CAPS saúde mental (I, II e III) (DISTRITO FEDERAL, 2010; BRASIL, 2004). Como nossa ênfase é nas modalidades I, II e III, utilizaremos CAPS “saúde mental” para denominar essas modalidades, todavia, entendemos que todos os CAPS são para a promoção da saúde mental.

O Ministério da Saúde, com o objetivo de monitorar e avaliar os serviços extra hospitalares e suas modificações no cenário da saúde mental ao longo do tempo utiliza um

indicador, calculado a partir do número de CAPS no território para cada 100.000 habitantes. De acordo com o último relatório do Ministério da Saúde de 2011, o indicador nacional era de 0,72 (BRASIL, 2012). A meta para os anos de 2013 a 2015 é de que esse indicador nacional chegue a 0,77 (BRASIL, 2013). Segundo os parâmetros de cobertura, o indicador acima de 0,70 refere-se a uma cobertura muito boa, o que nos dá a dimensão que em âmbito nacional os CAPS estão assistindo a população. Contudo, no que se refere ao DF, temos atualmente o menor índice nacional, de 0,25, considerado um indicador de cobertura baixa. A Paraíba é o estado que possui o indicador mais elevado no país, de 1,27, o que nos dá a dimensão da discrepância entre o primeiro e o último colocado (BRASIL, 2012).

2.3. A saúde mental em números no DF

Como relatado, de acordo com os últimos relatórios divulgados, tanto do DF, quanto do Ministério da Saúde, possuímos a menor cobertura assistencial de saúde mental do país, com 0,25 de indicador. O Relatório Anual de Atividades de 2012 do governo do DF afirma que com a implantação e credenciamento de novos CAPS, nosso indicador irá subir para 0,46 (DISTRITO FEDERAL, 2012), deixando de ser uma cobertura baixa para ser regular/baixa, de acordo com os parâmetros do Ministério da Saúde.

A Secretaria de Estado de Saúde do DF (SES-DF) redigiu em 2010 um Plano Diretor de Saúde Mental para os próximos 5 anos, onde é projetado o que deverá ser realizado na área neste período. O objetivo deste relatório é “ser um instrumento norteador para a estruturação e organização dessa rede de atenção integral em saúde mental às pessoas portadoras de sofrimento psíquico residentes no Distrito Federal” (DISTRITO FEDERAL, 2010, p. 7). Esse documento adverte que nossa rede está ainda em construção, o que explicaria sua fragilidade, devido o número ainda reduzido de serviços substitutivos. São divulgados nesse documento os indicadores desejados para os próximos anos, dessa maneira temos: 0,75 em 2013; 1,17 em 2014; 1,55 em 2015; e 1,95 em 2016. Como o Relatório Anual de Atividades de 2013 ainda não foi publicado e o Ministério da Saúde também não divulgou os indicadores nacionais do ano passado durante a confecção desta pesquisa, não temos dados oficiais para verificarmos se houve ou não aumento da cobertura em saúde mental no DF. Todavia, levando em consideração que de acordo com os parâmetros do Ministério da Saúde, o indicador maior que 0,70 representa uma cobertura muito boa, supomos que ainda não alcançamos os 0,75

desejados para o ano de 2013 devido a nossa realidade, que continua com os mesmos números de CAPS saúde mental de 2012¹ (DISTRITO FEDERAL, 2010; 2012; BRASIL, 2012).

Ainda a respeito do Relatório Anual de Atividades de 2012 (DISTRITO FEDERAL, 2012), o documento destaca que o objetivo geral do aperfeiçoamento do SUS no DF é “garantir ao cidadão acesso ao sistema de saúde integral, humanizado e resolutivo, por meio de ações e serviços de promoção, prevenção, assistência e reabilitação” (p. 7). Em relação ao objetivo específico em saúde mental, o documento afirma que é “ampliar a cobertura assistencial em Saúde Mental de forma a propiciar qualidade na atenção e no cuidado do acometido de transtorno mental, familiar e servidores vinculados aos serviços, bem como o acesso universal a toda população do Distrito Federal” (p. 16). Infelizmente, a cobertura da assistência em saúde mental no DF é insuficiente para atender todo o território com sua demanda. Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a população estimada do DF em 2013 é de 2.789.761 habitantes (IBGE, 2014). Considerando que de acordo com o Ministério da Saúde, o percentual de pessoas em sofrimento psíquico grave, que demanda de cuidados continuados representa 3% da população (DISTRITO FEDERAL, 2010), os 5 CAPS saúde mental no DF é insuficiente para atender 3% desta população divulgada pelo IBGE.

Recentemente foi realizado um diagnóstico do cenário da saúde mental no DF pelo Movimento Pró-Saúde Mental do DF (MPSMDF) e a Frente Parlamentar de Saúde Mental da Câmara Legislativa do DF. A partir dos dados obtidos foi elaborado em outubro de 2013, um relatório expondo a situação atual da rede. O MPSMDF é um coletivo com diversos atores da saúde mental do DF, dentre eles: usuários dos serviços; familiares; profissionais; políticos; e militantes sociais. Esse movimento já está em cena há mais de 12 anos e em 2013 passou por uma reformulação, resultando numa nova organização através de comissões temáticas, onde cada representante de cada comissão compõe um colegiado de gestão. Atualmente o MPSMDF é composto pelas seguintes comissões: Comunicação; Cultura; Monitoramento de Direitos; Formação e Articulação Política; e Mobilização Social (MPSMDF, 2013).

Além de fazer um levantamento da RAPS, o objetivo da elaboração desse relatório foi o de retomar o diálogo com a Frente Parlamentar de Saúde Mental da Câmara Legislativa do DF. De acordo com o MPSMDF (2013), “o fortalecimento deste diálogo implica no suporte a essa Frente por meio de pautas diversas, discussões técnicas e político-estéticas que perpassam o cotidiano da área da Saúde Mental” (p. 4). Através deste diálogo, supomos que

¹ Embora não tenha havido construção na modalidade de saúde mental, CAPS ad, ad i, ad III e ad i III foram implantados no DF, devido ao Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack.

haja uma maior probabilidade da saúde mental estar mais presente na agenda política do DF, o que poderá contribuir para maiores recursos e engajamento político nesta área que se encontra fragilizada.

Levando em consideração a reflexão permanente proposta por Basaglia (2001) para o processo de desinstitucionalizar, o MPSMDF afirma que a iniciativa da elaboração do relatório descrito perpassa pelo monitoramento contínuo salientado pelo psiquiatra italiano. Onde se deseja “apontar a necessidade de uma reflexão e avaliação constante da rede psicossocial de atenção em saúde mental do DF, buscando a superação conjunta de suas dificuldades e precariedades” (MPSMDF, 2013, p. 4). Esse documento foi formulado através de visitas feitas pelo MPSMDF e a Frente em alguns serviços do DF, incluindo o HSVP, um dos principais dispositivos da rede, apesar de ser um hospital psiquiátrico.

Como citado anteriormente, os CAPS são o dispositivo substitutivo por excelência da nova Política Nacional de Saúde Mental, que reorienta o modelo de atenção. Este novo desenho da atenção, refere-se a:

Uma política de saúde mental intersetorial e substantivamente cidadã, articulada aos outros aparelhos de saúde e de proteção social para garantia do acesso dos usuários ao lazer, à cultura, ao vínculo familiar e ao respaldo sócio-assistencial que lhe garanta o direito à dignidade - o verdadeiro direito à saúde mental (MPSMDF, 2013, p. 8).

No DF, temos um número ainda reduzido de serviços substitutivos, inclusive de CAPS, o que explica a precariedade de nossa RAPS, já que esse serviço é responsável pela articulação e próprio tecimento da rede. Dos 46 CAPS projetados de todas as modalidades pelo Plano Diretor de Saúde Mental (DISTRITO FEDERAL, 2010), apenas 15 existem, desse total, temos: 1 CAPS I; 3 CAPS II; 1 CAPS III; 1 CAPS i; 5 CAPS ad; 2 CAPS ad III; e 2 CAPS ad i III (MPSMDF, 2013). Após a elaboração desse relatório, foi criado mais um CAPS i no DF, além da nova unidade de Samambaia, inaugurada no começo deste ano. Essa nova unidade ampliada do CAPS de Samambaia passou de II para III, entretanto, o serviço ainda não foi credenciado como modalidade III pelo Ministério da Saúde. Além disso, devido ao quadro reduzido de servidores, embora a estrutura seja de CAPS III, o serviço ainda está funcionando como CAPS II.

Devido à ênfase ao Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack, lançado em 2010 pelo Governo Federal, que compõe a Política Nacional de Saúde Mental, um maior número de CAPS das modalidades ad e ad i tem sido implantados em todo o cenário nacional (BRASIL, 2012). No DF, não tem sido diferente, dos 15 CAPS em nosso território, apenas 5 são CAPS

saúde mental. Diante disso, há um déficit de 12 CAPS dessa modalidade, de acordo com os parâmetros populacionais para a implementação desses serviços do Ministério da Saúde (MPSMDF, 2013). Devido aos objetivos de nossa pesquisa, daremos ênfase aos CAPS saúde mental.

2.4. A RAPS no DF

Dentre os principais problemas da RAPS no DF, o Plano Diretor de Saúde Mental (DISTRITO FEDERAL, 2010) aponta: concentração maior do cuidado no HSPV, devido o reduzido número de serviços substitutivos; práxis em saúde mental sem um padrão de qualidade estabelecido; baixa efetividade de reinserção social; e problemas relacionados à gestão dos serviços e recursos. A gestão dos serviços alega que tem recebido poucos investimentos estruturantes e que continuam solicitando maiores recursos para a readequação da RAPS no distrito.

Como já citado, o déficit de CAPS reflete o próprio déficit da RAPS. Devido ao baixo número de CAPS saúde mental, esses serviços não são territorializados, por conta disso, suas áreas de abrangência são muito superior ao que deveriam assistir. A demanda nos serviços é bem superior ao que a estrutura física e os recursos humanos suportam, sendo praticamente impossível a tomada de responsabilidade dentro do território², conforme defendido por Basaglia (2001) e Rotelli e outros (2001). A sobrecarga dos serviços dificulta tanto o trabalho dos profissionais, quanto a articulação com a rede, já que devido à demanda, praticamente ou se atende os usuários, pessoas em sofrimento psíquico grave e persistente, ou faz articulação com os serviços e território. É uma realidade extremamente delicada, que acaba ocasionando uma perda de potência dentro do território, que é uma das responsabilidades dos CAPS e necessário para o processo de desinstitucionalização. O MPSMDF (2013) aponta que o déficit de profissionais na saúde mental não é apenas nos CAPS, mas em todos os serviços de saúde mental no DF, o que dificulta ainda mais o processo como um todo.

No que se refere à implantação de novos serviços, apesar da escassez de recursos, no DF temos outro problema, que é a questão fundiária. Muitos terrenos e imóveis não dispõem de documentação completa, principalmente nas comunidades e regiões mais carentes, que geralmente são os territórios que mais necessitam dos serviços. Esse impeditivo devido à questão fundiária não é aceito pelo SUS, que solicita situação de legalidade em todos os

² Com exceção do CAPS de Samambaia que é o único realmente territorializado no DF.

terrenos e imóveis para que os serviços sejam aprovados e construídos. Além da questão fundiária, o MPSMDF (2013) salienta que há no DF uma “extrema burocratização dos processos de instalação, manutenção e aprimoramento dos serviços de atenção à saúde, especificamente os de atenção saúde mental” (p. 15). Os entraves burocráticos são alegados pelos gestores como o motivo da morosidade para a implantação e ampliação dos serviços, o que novamente dificulta a construção da própria RAPS. Além de um diálogo entre as esferas institucionais, falta um conhecimento da legislação, tanto a do DF, como a do SUS. Desse modo, o MPSMDF (2013) relata que:

Vale uma apropriação mais sistematizada da legislação e da estrutura de financiamentos e contratos do SUS nas diferentes esferas de governo, bem como um maior conhecimento acerca das relações institucionais entre as diversas Secretarias de Estado, Procuradoria do DF, Conselho Distrital e Conselhos Locais de Saúde, Ministério Público do DF, dentre outras que compõem o cenário de construção das Políticas Públicas. Até onde entendemos, essas diversas instituições precisam manter um diálogo permanente no sentido de ajustarem suas exigências formais e legais para que o processo de implementação da política local de saúde mental não sofra os efeitos danosos da burocracia (p. 16).

Desse modo, o maior obstáculo para implantação e ampliação de serviços no DF é a extensa burocracia, que é reforçada pela falta de diálogo entre as diversas instituições, além de uma falta de apropriação da legislação em saúde mental.

Um dos serviços substitutivos de imensa importância para o processo desinstitucionalizador que até hoje o DF não conseguiu implantar são as Residências Terapêuticas (RTs), conhecidas também como Serviços Residenciais Terapêuticos. Esses serviços foram de grande valia no processo de desinstitucionalização na Itália. As RTs são habitações, inseridas na comunidade, destinadas as pessoas que foram institucionalizadas por longos períodos, que acabaram perdendo os laços familiares e vínculos sociais (AMARANTE, 2013; ROTELLI et al, 2011; BASAGLIA, 2001). Esse dispositivo foi instituído como serviço substitutivo no Brasil através da portaria nº 106 do Ministério da Saúde, em fevereiro de 2000, além disso, possui também o respaldo legal da Lei Nacional nº 10.216 (AMARANTE, 2013; MPSMDF, 2013). As RTs são vinculadas ao CAPS do território, devendo receber dele assistência e supervisão das atividades (DISTRITO FEDERAL, 2010).

Desde 2000, várias residências foram implantadas em vários estados da federação, no final de 2011, 3470 pessoas estavam vivendo em 625 RTs em todo o país, além de 154 unidades que estavam em implantação, obedecendo aos requisitos de no máximo 8 pessoas por habitação. Assim como ocorreu na Itália, as RTs são mantidas através dos recursos

financeiros que anteriormente eram destinados aos leitos psiquiátricos. A Política Nacional de Saúde Mental tem investido cada vez menos em leitos psiquiátricos e investido mais em serviços substitutivos (BRASIL, 2012).

No DF, o Plano Diretor de Saúde Mental do DF de 2010 prevê a implantação de 15 RTs, no entanto, ainda não temos nenhuma unidade. O MPSMDF (2013) relata que há mais de 10 anos vem sendo planejado a implantação desse serviço, contudo, a dificuldade relativa aos trâmites burocráticos tem impedido, já que é necessário a realização de várias etapas. Primeiramente é necessário à aprovação do projeto de aquisição ou construção de imóvel pelas instâncias da SES-DF, Conselho de Saúde e Câmara Legislativa. Aprovado o projeto, é necessário abertura de edital público para compra ou locação dos imóveis. Além do imóvel, a formação de recursos humanos conforme os preceitos do novo paradigma de cuidado é essencial. Após a formação, é necessário um trabalho junto com a comunidade para desconstrução de estigmas e pré-conceitos, de modo que os sujeitos que foram por muito tempo institucionalizados possam estabelecer vínculos e pertencimento junto a comunidade. Por fim, deve ser elaborado um projeto de manutenção e autogestão das casas, que deverão ser mantidas pelas verbas que anteriormente seriam utilizadas em leitos psiquiátricos (MPSMDF, 2013).

Devido à ausência das RTs no DF, pessoas continuam institucionalizadas por não terem para onde ir, isso é uma violação aos direitos humanos, já que esses serviços foram criados justamente para atender essa demanda que perdeu os laços familiares e/ou sociais devido ao longo período em que ficaram segregados socialmente. Dentre os que continuam institucionalizados, estão as pessoas que vivem no “Lar do Abrigado”, que fica dentro do Instituto de Saúde Mental (ISM), desde o fechamento da Clínica Planalto em 2003 por conta das péssimas condições de cuidado. Além desses ex-pacientes da Clínica Planalto, temos os internos da Ala de Tratamento Psiquiátrico (ATP) com medida de segurança, que também deveriam estar em RTs de acordo com a Política Nacional de Saúde Mental (MPSMDF, 2013).

A ATP é uma espécie de manicômio judiciário que funciona dentro de um presídio feminino no DF, embora tenha internos de ambos os sexos. Todas as características são de um sistema prisional, não há nenhum trabalho de reabilitação social, além disso, o cuidado em saúde mental é precário devido à equipe de saúde ser reduzida. Não são realizados trabalhos terapêuticos como oficinas, o que descumpre também a atual Política Nacional de Saúde Mental. O único trabalho terapêutico ofertado ocorre através da parceria com o ISM, contudo, o serviço tem sido interrompido devido à falta de escolta policial (MPSMDF, 2013).

O Tribunal de Justiça do Distrito Federal e dos Territórios (TJDFT) determinou em setembro de 2013 que o DF tem o prazo de 1 ano (até setembro de 2014) para implantação de 25 RTs e 19 CAPS saúde mental. Caso não cumpra a ordem judicial, o governo do DF terá que pagar uma multa diária de R\$ 10 mil reais. Na sentença, é especificado que cada RTs deverá receber 5 pessoas nas situações já descritas, além disso, deverá ser aberto concurso público para a formação das equipes multidisciplinares para atender as necessidades das moradias. O DF deverá também incluir em sua proposta de orçamento o montante de R\$ 2 milhões de reais para a manutenção dos serviços implementados pela sentença. Dentre as pessoas que deverão ocupar essas residências estão alguns internos da ATP. Por fim, o TJDFT afirma que:

O Distrito Federal, através do seu próprio executivo e legislativo, estabeleceu prazo para extinção dos leitos psiquiátricos em hospitais e clínicas especializadas, em evidente reconhecimento da necessidade de implantação de uma rede substitutiva de cuidados em saúde mental. Entretanto, as provas carreadas aos autos dão conta da omissão do executivo local quanto ao cumprimento de tal política pública, em evidente omissão em seu dever constitucional de ampla garantia ao direito social à saúde (BRASIL, 2013, s. p.).

Apesar de ter estabelecido o prazo de 4 anos para fechar todos os leitos psiquiátricos em 1995, quando a Lei Distrital nº 975 foi sancionada, o DF não cumpriu seu compromisso. Embora o DF tenha contestado a sentença, não há indícios de nenhuma revogação, o prazo continua estabelecido e termina em 20 de setembro de 2014.

Outro ponto que merece atenção ao se falar da RAPS no DF é a ausência da supervisão clínico-institucional, embora tenha verba aprovada pelo Ministério da Saúde, há alguns anos o DF não tem tido o serviço por conta novamente das dificuldades relativas aos trâmites burocráticos, fazendo com o que dinheiro seja devolvido. O Ministério da Saúde, através da Portaria nº 1174/GM de 2005, concede incentivo financeiro emergencial para o Programa de Qualificação dos CAPS e dá outras providências a supervisão clínico-institucional, que faz parte desse programa. O Art. 3º desta Portaria define a supervisão clínico-institucional como:

O trabalho de um profissional de saúde mental externo ao quadro de profissionais dos CAPS, com comprovada habilitação teórica e prática, que trabalhará junto à equipe do serviço durante pelo menos 3 a 4 horas por semana, no sentido de assessorar, discutir e acompanhar o trabalho realizado pela equipe, o projeto terapêutico do serviço, os projetos terapêuticos individuais dos usuários, as questões institucionais e de gestão do CAPS e outras questões relevantes para a qualidade da atenção realizada (BRASIL, 2010, p. 108).

Dessa maneira, a supervisão clínico-institucional atua como um dispositivo de suma importância para o processo de desinstitucionalização, ao avaliar constantemente o que está sendo feito nos serviços, principalmente por estarmos ainda em uma transição de paradigmas.

A presença do modelo biomédico ainda é uma realidade dentro dos serviços, e devido à grande demanda e a precariedade na rede, a equipe tende às vezes a se enrijecer devido à quantidade de serviço a fazer, se sentindo impotente por não conseguir suprir todas essas demandas (MPSMDF, 2013). A supervisão pode ser utilizada nesse contexto como um dispositivo estratégico, a partir de um olhar de fora, possibilitando novas articulações e enfrentamento da situação. Assim, a supervisão clínico-institucional “tem por função mediar o diálogo entre os diversos profissionais, com vistas à construção de uma linha comum de cuidado, o que, sem o olhar mediador de um elemento externo, muitas vezes, torna-se quase impossível” (p. 36). Outra faceta que a supervisão permite é o cuidado ao cuidador, através da escuta do profissional, a supervisão pode apontar para possíveis riscos, ocasionados ou não pelo trabalho, como ansiedade, estresse e assédio moral, que se tiverem sua origem no trabalho, deverão ser enfrentados no mesmo local.

Há mais de 4 anos os gestores dos serviços tem reivindicado a contratação dos supervisores, alguns serviços inclusive pagaram por conta própria a supervisão por um tempo. Embora alguns projetos tenham sido elaborados conforme as recomendações do Ministério da Saúde e da Política Nacional de Saúde Mental, a verba liberada continua sendo devolvida por conta dos entraves burocráticos. A Diretoria de Saúde Mental (DISAM) do DF optou então por financiar internamente a supervisão, contudo, mais uma vez percebemos uma falta de diálogo, já que a verba já foi liberada, entretanto, não se sabe o que de fato deve ser feito para aprovação do serviço. Embora o relatório do MPSMDF (2013) cite que as supervisões a partir desse financiamento interno estariam previstas para 2014, até o presente momento nenhum dos CAPS saúde mental tem recebido supervisão.

A partir dos dados relatados se torna mais nítida a problemática em que se encontra a RAPS no DF, além da constatação que temos muito trabalho a fazer para nos desinstitucionalizarmos. Embora a Lei Distrital nº 975 fale no 2º inciso do 3º Art. que “os leitos psiquiátricos em hospitais e clínicas especializados deverão ser extintos num prazo de 4 (quatro) anos a contar da publicação desta Lei”, quase 19 anos depois de sua publicação, os leitos psiquiátricos ainda existem, mais do que isso, ainda temos um hospital psiquiátrico.

O HSVP é a instituição em saúde mental mais antiga do DF e a única emergência psiquiátrica³. Com características manicomiais e hospitalocêntricas bem presentes e arraigadas, como a proibição de acompanhantes aos internos e o uso de uniformes (DISTRITO FEDERAL, 2010). Em 2007 foram feitas algumas mudanças com o intuito de promover uma aproximação com a atenção básica, com o objetivo de se adequar ao relatório redigido pela Organização Mundial de Saúde (OMS). Entretanto, apesar dessa articulação com a atenção básica, a demanda ainda é muito superior ao que a estrutura física e de recursos humanos pode suportar, como outros serviços de saúde mental no DF.

Atualmente o HSVP conta com dois programas de acompanhamento: Programa Vida em Casa (PVC) e o Grupo de Apoio Pós Internação (GAPI). O primeiro é definido como um programa de saúde mental domiciliar, que acompanha em domicílio alguns pacientes, de acordo com o relatório do MPSMDF (2013), cerca de 400 pessoas estão sendo assistidas por ele. O segundo é responsável pelo acompanhamento dos usuários após a internação, contudo, na maioria das vezes é um acompanhamento não presencial, apenas por contato telefônico. Além desse acompanhamento, o GAPI entra em contato com os CAPS e demais serviços para informar a situação do paciente e fazer os possíveis encaminhamentos, através de uma espécie de rede. Embora tenham profissionais de várias áreas, dentre elas Psicologia e Terapia Ocupacional, esses profissionais não participam da ala de internação e pronto-socorro. Algumas oficinas terapêuticas são realizadas dentro das dependências do hospital, contudo, a participação dos internos ainda é pequena (MPSMDF, 2013).

2.5. Transformar para desinstitucionalizar

Ao analisarmos os preceitos e condições descritos por Rotelli e outros (2001) para que aconteça o processo de desinstitucionalização e compararmos com o atual cenário do DF, é possível inferir que ainda não temos um processo de desinstitucionalização, embora esforços venham sendo realizados (DISTRITO FEDERAL, 2010; MPSMDF, 2013). Um obstáculo para esse processo é ter um hospital psiquiátrico como um dos pontos centrais da rede, além disso, devido à precariedade da RAPS, é difícil substituí-lo efetivamente, pelo menos por enquanto.

³ No Hospital de Base (HB) temos uma ala psiquiátrica, contudo, a unidade só tem recebido pacientes encaminhados de outros serviços de saúde mental - como o HSVP - que estejam apresentando alguma intercorrência médica além da psiquiátrica.

Desinstitucionalização é diferente de desospitalização, apesar das duras críticas ao HSVF, aboli-lo na atual situação seria um caos maior do que já temos na rede, já que os sujeitos ficariam desassistidos, por não terem serviços capazes de assisti-los. Essa não é a intenção da desinstitucionalização e nunca foi. Uma das grandes preocupações de Basaglia (2001) era justamente que a rede de serviços substitutivos fosse construída ao mesmo tempo em que o aparato do hospital psiquiátrico fosse sendo abolido, de modo que os sujeitos não ficassem desamparados.

Uma das especificidades da experiência basagliana foi continuar utilizando os mesmos recursos financeiros destinados à saúde mental, contudo, utilizando-os através de outra lógica de cuidado fora dos hospitais psiquiátricos. No DF, apesar dos investimentos nos serviços substitutivos e na construção da RAPS em um todo, ainda temos mais recursos destinados ao hospital. É certo que os leitos psiquiátricos diminuiram, mas ainda estamos longe do que foi estipulado na Lei Distrital nº 975 e na Lei Nacional 10.216.

Apesar de todas as dificuldades relatadas, é possível desinstitucionalizarmos o DF. O fato de conseguirmos diagnosticar os problemas da saúde mental nesse cenário através de uma visão crítica dos serviços e termos uma rede em construção, já é um movimento de transformação. Basaglia (2001) afirma que se a realidade é essencialmente construída, inclusive socialmente, ela pode ser modificada, através de estratégias que alcancem o corpo social. Desinstitucionalizar é justamente isso, uma prática social que deve ser nutrida pelo tecido social, de modo a realmente se fazer política. Devemos desconstruir o que não está dando certo para construirmos serviços que realmente atendam as necessidades do sujeito, fazendo sentido a ele. Somos o tecido social e cabe a nós lutarmos por uma cobertura mais digna e humana no DF.

Capítulo 3: METODOLOGIA: o resgate da voz

A presente pesquisa será realizada através da metodologia qualitativa, esta é frequentemente utilizada em fenômenos empiricamente não observáveis, como processos subjetivos e sociais. É caracterizada por ser descritiva, analítica e interpretativa, onde o foco não é quantificar o fenômeno que se apresenta, mas sim qualificá-lo a partir do contato com parte de sua realidade. Desse modo, os dados qualitativos podem ser exemplos da comunicação humana dotada de sentidos e subjetividades (GIBBS, 2009).

É interessante salientar que a dicotomia entre qualitativo e quantitativo já foi superada como inexistente, adverte Demo (2001). Ambos os métodos são legítimos e necessários para a compreensão do fenômeno, destacando assim que suas complementaridades são necessárias. De certo, os fenômenos podem ter uma maior tendência qualitativa e/ou quantitativa. Essa característica do fenômeno irá determinar qual método científico poderá compreendê-lo melhor. Essa compreensão é obtida e construída a partir dos dados coletados.

A pesquisa qualitativa possui um caráter flexível, onde os próprios dados coletados irão dar forma à pesquisa. Ao contrário da análise quantitativa que tende a ir resumindo os resultados, na qualitativa, conforme vai ocorrendo a análise há uma ampliação dos dados, através das revisões, reflexões e interpretações que vão sendo realizadas (GIBBS, 2009). Basicamente, o foco da pesquisa qualitativa está em descrever de uma maneira rica o fenômeno e demonstrar sua relação com outros aspectos da vida das pessoas, daí a necessidade de analisar todo o contexto social e cultural onde o fenômeno é apresentado (DEMO, 2001). Sem esse contexto não há compreensão, já que o fenômeno não pode ser reduzido aos dados, assim como o sujeito não pode ser reduzido aos sintomas que apresenta.

Através da metodologia qualitativa é possível “estudar a dimensão da experiência de sofrimento, em detrimento à elaboração de categorias externas à vivência dos sujeitos” (BRAGA, 2012, p. 83). Desse modo, esse método possibilita investigar o singular e/ou característico, ao contrário das afirmações gerais, seja qual for o fenômeno estudado. Contudo, além da singularidade e particularidade, essa metodologia leva em consideração a natureza holística da realidade onde o fenômeno é apresentado (DEMO, 2001; GIBBS, 2009).

A partir das transformações da saúde coletiva no cenário brasileiro, a pesquisa qualitativa começou a ganhar espaço e hoje é uma metodologia de destaque nesse campo. Devido às mudanças epistemológicas e metodológicas que ocorreram com a implementação do SUS, houve uma necessidade de novas metodologias que contemplasse esse novo

fenômeno na saúde brasileira, já que as metodologias tradicionais não estavam conseguindo suprir os anseios das novas demandas. Dentre as possibilidades para estudar, acessar e compreender esse fenômeno surge à possibilidade de acessá-lo a partir dele próprio, assim as narrativas foram alcançando espaço, justamente por esse foco na particularidade e singularidade que ela traz, valorizando assim a experiência narrada (ONOCKO CAMPOS & FURTADO, 2008).

Apesar do sofrimento psíquico se apresentar em alguns casos de maneira semelhante, a história de cada um nos traz a dimensão de suas particularidades, e como o olhar para cada narrativa é diferente. Nesse sentido, essa metodologia contraria “os referenciais hegemônicos de ciência que buscam excluir o sujeito do saber pelas exigências de objetivação, generalização e universalização” (BRAGA, 2012, p. 84).

De acordo com Gibbs (2009), “ao analisar narrativas, histórias e biografias, pode-se examinar os dispositivos retóricos que as pessoas usam e a forma como elas representam e contextualizam suas experiências e seu conhecimento pessoal” (p. 80). É uma forma de compreender como as pessoas constroem suas identidades e principalmente como o contexto interfere nessas criações, percebidos através da linguagem utilizada, o comprometimento emotivo e os comportamentos realizados durante a narração.

A linguagem é um processo resultante da interação social, através dela o homem tem capacidade de construir significados da realidade em que vive, desse modo, o discurso é considerado como uma prática subjetiva do sujeito sobre o mundo (SILVA, BAENA & BAENA, 2006). De acordo com Miranda e Onock Campos (2010), as narrativas possuem uma função de mediação, onde “aponta-se o entendimento do trabalho narrativo como uma possibilidade de mediação entre o vivido e a linguagem socialmente estabelecida, destacando sua potencialidade em restituir aos sujeitos a autoria de discursos que os envolvem” (p. 441).

Na saúde mental a narrativa tem sido problematizada como uma opção de empoderamento, de acordo com a definição proposta por Vasconcelos (2003; 2005a; 2005b; 2005c), de dar voz aqueles sujeitos em sofrimento psíquico grave que foram silenciados através do modelo manicomial e hospitalocêntrico durante muitos anos, e que agora, com a mudança do paradigma do cuidado, veem a oportunidade de resgatar sua voz novamente. Nesse sentido, as narrativas trazem a possibilidade de resgatar as vivências com toda sua intensidade. De acordo com BRAGA (2012):

O estudo das narrativas na saúde mental propicia um recurso que busque atingir a polifonia dentre os diversos atores na reforma psiquiátrica, ao mesmo tempo em que

traz a atenção sobre as vozes que não foram escutadas, no processo histórico de exclusão da loucura (p. 95).

Desse modo, as narrativas são uma necessidade metodológica, ética e política para dar espaço para que os usuários tenham voz para falarem de si mesmos, sem que um outrem fale por eles, como ocorreu durante muito tempo, da criação à destruição do manicômio, quando foram mortificados pela instituição psiquiátrica (GOFFMAN, 2010). O estudo das narrativas é uma excelente ferramenta para acessar a história por quem a fez, como sujeitos que devido a sua vivência, tem autoridade para falar sobre o tema, não necessitando de “supostos” saberes para falarem por eles (BRAGA, 2012).

As narrativas geralmente possuem um tema, que além de subjetivo, pode englobar vários assuntos e conceitos ao mesmo tempo, dependendo totalmente do narrador que irá guiar esse processo de construção. Na narrativa haverá a descrição de “como ocorreu” ou “como cheguei onde estou hoje”, destacando assim os aspectos relacionais que constituem a experiência do sujeito (GIBBS, 2009). Embora sejam histórias que possuem início, meio e fim, as narrativas na saúde mental funcionam de uma maneira diferente. Elas não possuem um fio cronológico linear, o tempo será construído de acordo com as associações dos participantes através do roteiro proposto (BRAGA, 2012). Desse modo, as narrativas deverão ocorrer naturalmente, sem nenhum tipo de imposição ou pressão do pesquisador (DEMO, 2001), respeitando o tempo de suas associações e elaborações.

Nesse sentido, mais rico do que ter um texto organizado, é a autenticidade que ele traz, que é justamente o que ocorre com as narrativas. Segundo Braga (2012, p. 96):

Mais importante que a coerência interna das narrativas é a revelação do narrador como agente da história que inscreve seu ato social na política. Assim, a narrativa apresenta caráter de práxis, ação social que busca estabelecer mediação entre memórias e política, trazendo o foco ao agente da narrativa.

Em relação à fidedignidade do material narrado, essa se dá através da relação entre pesquisador e participante. Portanto o vínculo afetivo e de confiabilidade para as narrativas é essencial para que o autor possa expor sua história livremente, através do modo de ser no mundo, sem a preocupação de estar sendo julgado, mas com a certeza que está sendo escutado e principalmente, respeitado (BRAGA, 2012). Essa legitimação do sujeito e de sua história, por si só já é um dispositivo terapêutico e empoderador, a partir do momento que resgata a dimensão do sujeito como detentor de direitos.

As narrativas são dessa maneira um dispositivo clínico potencializador por conta da sua perspectiva pessoal, social e política (BRAGA, 2012; MIRANDA & ONOCKO CAMPOS, 2010). Ao relatar sua própria história, o sujeito está elaborando e dando um novo significado a tudo aquilo que vivenciou, podendo temporalizar situações difíceis, mas que agora, por conta de sua experiência contínua, não doem mais quanto antes, por conta das estratégias que conseguiu elaborar para lidar com esse sofrimento. Nesse sentido, “é necessário atenção à singularidade dos modos *como* e *para quem* o sujeito concebe sua demanda em relação a seu sofrimento” (BRAGA, 2012, p. 87, destaque do autor).

Muito além de contar uma história e responder perguntas, as narrativas são um meio de “dar continuidade ao existir” (BRAGA, 2012, p. 92), isso significa ao sujeito que a história dele está registrada, que aconteça o que acontecer, sua vivência continuará viva. Através da transmissão de sua história, seja ela verbal ou escrita, o ato de narrar “imprime a marca do narrador” (p. 92), sua vivência que até então era particular passa a ser reconhecida coletivamente.

Para nós, esses sujeitos que vivenciam o sofrimento psíquico grave são as pessoas mais habilitadas para falar sobre ele. Desse modo, propomos estudar o sofrimento psíquico grave não apenas por meio de teorias e/ou tratados de psicopatologia, e sim pelos próprios usuários dos serviços de saúde mental. As narrativas permitem que os narradores percebam o quanto estão implicados na própria história, além de ser uma maneira de temporalizar suas dores, sofrimentos e conquistas. Contudo, é interessante salientar, conforme citado anteriormente, que o pesquisador não é neutro nesse processo, já que a análise dos dados sempre perpassará por sua visão ideológica.

Outra característica da narrativa é a possibilidade de analisar o funcionamento dos serviços. Assim, através de sua articulação com a literatura, podemos perceber de que modo os serviços podem ser mais efetivos no processo de recuperação e inserção social dos seus usuários, ao oferecer um trabalho que realmente faça sentido para os sujeitos. Dessa maneira, BRAGA (2012) afirma que:

As narrativas podem consistir em estratégias de análise das estruturas de poder vigentes e das culturas institucionais de assistência, apontando para necessidades de transformação no campo da atenção psicossocial (p. 97).

Desse modo, podemos compreender o quanto as narrativas são um material de riqueza peculiar, ao mostrar como as pessoas, apesar de todo sofrimento e condição vulnerável devido ao adoecimento, conseguiram motivação para seguir adiante com a luta por novas vidas, por novas condições através de uma determinação heróica. Essa metodologia demonstra que as demandas dessas pessoas abrangem muito mais do que sua própria condição, mas as lutas pela

resolução de problemas cotidianos, que boa parte da população também enfrenta, como cita Weingarten (2006), “assistência médica eficaz e respeitosa, moradia estável e segura, empregos e amigos” (p. 13). Enfim, problemáticas comuns a todos nós.

Atendendo o requisito do vínculo para a construção das narrativas colocado acima, este trabalho foi realizado com um frequentador de uma Organização não Governamental – ONG, a Inverso (Instituto de Convivência e Recriação do Espaço Social). Esse local foi escolhido devido à imersão e vínculo da autora da presente monografia como extensionista no local há aproximadamente 3 anos, a partir do Projeto Interdisciplinar em Saúde Mental (PRISME), que integra conhecimentos de diferentes áreas de saber (Direito, Educação Física, Enfermagem e Psicologia) do UniCEUB. A Inverso é descrita com mais detalhes na análise sócio-histórica deste trabalho.

Para realização deste trabalho de construção de narrativas em saúde mental, dividimos os procedimentos de pesquisa em duas etapas, onde cada etapa é composta por fases interdependentes: (a) Construção da Narrativa; e (b) Análise.

3.1. Procedimentos de Pesquisa

Primeiramente, é necessário mencionarmos que o projeto de pesquisa do presente trabalho foi submetido à apreciação e aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do UniCEUB, onde foi emitido o número de Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE): 24834513.9.0000.0023, recebendo o Parecer: 494.541 e aprovado pelo Protocolo Nº 494.518/2013.

Quanto ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A), este foi elaborado conforme os princípios éticos em pesquisa e ao exposto na Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que estabelece os critérios para realização de estudos com seres humanos. Após esclarecimento dos objetivos e procedimentos da pesquisa ao participante, foram também esclarecidos os direitos éticos, como o sigilo e participação voluntária na pesquisa, podendo ser interrompida sem que houvesse nenhum prejuízo ao participante. Ciente disto, o participante firmou acordo de participação na pesquisa mediante assinatura do TCLE.

3.1.1. Construção da Narrativa

a) Contato e Convite para Participar do Estudo

Nesta fase, entramos em contato primeiramente com a direção da ONG Inverso, onde apresentamos o projeto de pesquisa e solicitamos autorização para realização deste trabalho com os frequentadores da instituição. Após autorização, uma das diretoras da ONG assinou a Folha de Rosto (APÊNDICE B) que contém as informações da pesquisa, da pesquisadora e da nossa instituição. Esse documento foi anexado ao projeto de pesquisa e submetido ao CEP, que posteriormente aprovou o projeto.

Após a aprovação do projeto de pesquisa pelo CEP, entramos em contato com um frequentador da ONG, convidando-o para apresentação do nosso estudo.

b) Apresentação do Estudo

Apresentamos detalhadamente todos os procedimentos e objetivos do estudo para o frequentador que se interessou em participar da pesquisa. Lemos com ele o TCLE e respondemos todas suas dúvidas em relação ao estudo e sua participação. Informamos também sobre os riscos e benefícios na participação do estudo, assim como o sigilo dos dados coletados durante todo o processo. Seu consentimento foi formalizado através da assinatura nas duas vias do TCLE, uma via foi dada ao participante e a outra está conosco.

c) Construção da Narrativa

Após todos os procedimentos legais realizados, começamos a construção da narrativa com o participante. Todo o trabalho foi realizado conforme a disponibilidade e desejo do narrador. Foram realizados 4 encontros nesta fase, resultando em mais de 6 horas de áudio gravado.

Devido à complexidade da história e aos diversos contextos que a construiu, é importante termos um instrumento orientador, de modo que seja contemplado o máximo possível à vivência desse sujeito. Utilizamos o modelo de roteiro (ANEXO C) elaborado por Vasconcelos (2005b) para essa orientação. Contudo, é importante destacar que esse roteiro foi

utilizado por nós de maneira bem flexível, nos ajudando a perpassar pelos diversos contextos da vida no nosso participante.

d) Fechamento

Após termos concluído a construção das narrativas com nosso participante, transcrevemos as gravações e a levamos na íntegra para nosso narrador. Lemos todo o texto e discutimos os principais pontos, com o intuito de que nosso participante o avaliasse, se condizia ou não com sua história, além de dizer se compreendemos mesmo a história que ele nos contou. Essa primeira construção foi aprovada sem que o narrador tivesse necessidade de modificar e/ou acrescentar algo.

Com o intuito de destacar a singularidade e particularidade dessa história, propomos ao nosso participante que escolhesse uma epígrafe para sua narrativa. Além disso, pedimos que ele escolhesse o nome fictício a ser utilizado para representá-lo no estudo. Para nossa surpresa, foi solicitado pelo narrador que seu nome real fosse utilizado, já que não haveria nenhum nome melhor que o seu para representar sua história, de acordo com ele. Para nós, essa solicitação reflete o empoderamento do sujeito perante sua própria história de sofrimento, além da superação do estigma de “portador de transtorno mental” (VASCONCELOS, 2003; VASCONCELOS et al 2005a; 2005b).

Levando em consideração tudo o que foi abordado por nós até agora, a respeito principalmente desse novo paradigma do cuidado a partir do processo de desinstitucionalização, concluímos que era legítima a solicitação e fomos atrás de informações para que pudéssemos utilizar o nome real do participante, sem que desrespeitássemos as exigências do CNS. Felizmente fomos informados pelo departamento jurídico desta faculdade e posteriormente pelo CEP que era possível essa utilização, para isso, redigimos um Termo de Solicitação (APÊNDICE C), apresentando à problemática e a solicitação de nosso participante, que o assinou em duas vias, assim como o TCLE, sendo que a primeira via ficou com ele e a segunda conosco.

e) Feedback e Agradecimento

Após a conclusão da coleta de dados, foi realizado mais um encontro com nosso participante, agradecemos primeiramente a confiança e disponibilidade, depois relatamos o quanto é valioso o material que construímos a partir de suas vivências e a necessidade de trabalhos que deem oportunidade para que as pessoas em sofrimento psíquico falem de sua história, de suas vivências em saúde mental, e principalmente, das estratégias que encontraram para enfrentar suas limitações. Após os agradecimentos, solicitamos que nosso participante falasse sobre a pesquisa, como tinha sido para ele realizar esse trabalho de construção da própria história com outra pessoa. É importante essa avaliação para que possamos analisar o que poderíamos ter feito ou então não ter feito, além de nos fornecer uma crítica construtiva para os próximos trabalhos. Aproveitamos o momento para convidá-lo a assistir a apresentação da presente monografia para banca avaliadora.

3.1.2. Análise de Dados: Hermenêutica de Profundidade

a) Articulação entre as Construções das Narrativas e os Registros no Diário de Campo

Embora todos os encontros tenham sido gravados em áudio, alguns comportamentos gestuais, expressões e sentimentos não são captados pelo áudio, por isso, resolvemos fazer um trabalho concomitante de registro em diário de campo, onde relatamos como foi cada encontro. Alguns momentos, como os que o narrador ficou reflexivo, com os olhos marejados, em silêncio, balançando os pés, mudando de posição na cadeira, dentre outros, foram registrados para que pudéssemos articulá-los com a narrativa construída. Entendemos que esses aspectos qualificam o fenômeno, não podendo ser desprezados e são necessários para o processo de análise.

b) Redescrição Cronológica da Narrativa Construída

Devido à narrativa não ter uma linearidade, fizemos uma montagem cronológica da narrativa construída, levando em consideração todos os aspectos sociais e culturais trazidos pelo nosso narrador. Essa análise cronológica serviu primeiramente como base para a elaboração da análise sócio-histórica e posteriormente para o levantamento de categorias. Essas categorias foram elaboradas a partir dos dados que nosso narrador mais enfatizou, além

dos códigos e argumentações que ele utilizou nesse processo. Aspectos profundos da sua história, como interações e rompimentos familiares também foram levados em consideração para a elaboração dessas categorias. A partir dessa categorização realizada elaboramos a análise formal.

c) Reinterpretação da Narrativa Construída

Nesta fase articulamos o conteúdo das narrativas com o conhecimento teórico em saúde mental, além das nossas reflexões registradas no diário de campo. Nosso intuito foi de reinterpretar a narrativa construída através de nossas reflexões e implicações nesse processo. De modo que a reinterpretação fosse construída a partir do nosso entendimento da história.

Capítulo 4: ANÁLISE: o processo de empoderamento

Enfatizando o que foi abordado nos capítulos anteriores, partimos do pressuposto que somos sujeitos multifacetados, assim, é impossível fazer uma análise qualitativa do sujeito sem que seja contextualizada sua vivência, perpassando por sua formação histórica e social. Devido à complexidade e riqueza da narrativa, é necessária uma compreensão profunda do fenômeno, de modo que possamos identificar o que lhe há de subjetivo e individual. Contudo, essa compreensão profunda só pode ser construída a partir de uma análise também profunda, levando em consideração todas as particularidades desse fenômeno.

A análise qualitativa “hermenêutica de profundidade”, proposta por Thompson é uma dessas análises que permite como seu próprio nome nos indica, analisar profundamente um fenômeno, excepcionalmente aqueles construídos por contextos sociais, como é o nosso caso. Partindo do pressuposto que o próprio conceito de hermenêutica é uma compreensão além daquela que nos foi apresentada pelo fenômeno, necessitando de uma interpretação mais sensível. Essa proposta parte das formas simbólicas que constituem o fenômeno, definidas por Thompson como “construções significativas que exigem uma interpretação; elas são ações, falas, textos que, por serem construções significativas, podem ser compreendidas” (THOMPSON, 1995, pp. 335-357, apud DEMO, 2001, p. 36).

Remor e Remor (2012) afirmam que “as línguas e as linguagens são formas que permitem algum acesso à realidade, como mediadora, como representante. A fala é um texto, a compreensão é uma leitura” (p. 967). Desse modo, devemos ler o texto para interpretá-lo para que possamos compreender além do que estava escrito. Compreendemos que a narrativa é uma forma simbólica, onde o sujeito discorre sobre os contextos onde sua história foi sendo constituída e como ela foi vivenciada. Entretanto, para que essa construção seja compreendida, é necessário que haja uma análise do contexto de sua constituição, para que a partir disso, seja analisada e interpretada pela visão ideológica do pesquisador.

Embora Thompson seja o primeiro a propor essa metodologia para análise, nossa análise foi realizada conforme a reinterpretação de Demo (2001) da hermenêutica de profundidade formulada pelo primeiro autor. Nessa reinterpretação o segundo autor enfatiza o processo de análise da informação qualitativa. A escolha desta reinterpretação, ao invés da proposta de Thompson, foi devido a sua proximidade com nossa outra metodologia, a narrativa. Nessa reinterpretação, Demo salienta a dependência teórica para que os dados sejam interpretados.

Para que se possa construir a informação qualitativa é importante que o pesquisador tenha algum conhecimento ou convivência no contexto social constitutivo da vivência do sujeito. Além de possibilitar um maior vínculo, esse contato torna mais fácil o “*standpoint epistemology*”, termo que de acordo com Demo (2001), reflete a “preocupação epistemológica de entender o outro assim como o outro gostaria de ser entendido” (p. 32). Enfatizando assim a importância do pesquisador se colocar no lugar do participante e sua tentativa de “sentir” aquela vivência. Desse modo, o protagonismo da construção dos dados é compartilhado entre narrador e pesquisador, através do diálogo entre os dois.

A hermenêutica da profundidade é caracterizada pela utilização dos processos de compreensão e interpretação. Essa análise é realizada através de três etapas: (a) Análise sócio-histórica; (b) Análise formal ou discursiva; e (c) Interpretação/reinterpretação. Primeiramente deve ser realizada uma “análise sócio-histórica”, levando em consideração que a história faz parte da gênese dos processos socioculturais, ela é parte constituinte e necessária para sua explicação. Demo (2001) afirma que faz parte desse contexto sócio-histórico “conhecer opiniões, crenças, representações, modos de se expressar e ver, jeitos de contar e ouvir” (p. 49) do sujeito. Assim, a análise sócio-histórica é uma reconstrução do fenômeno a partir de seu contexto social-histórico. Todavia, para que haja a interpretação desse contexto sócio-histórico, o pesquisador deve conhecê-lo.

A análise formal ou discursiva tem o objetivo de buscar elementos estruturantes desse fenômeno. Esses elementos são identificados através de sua recorrência, onde o dado mais frequente nos indicará os aspectos que estruturam o fenômeno. Os códigos são a “essência” do fenômeno, não variantes, mesmo com a dinâmica não linear dos fenômenos. A análise formal busca exatamente revelar esses códigos que são encobertos pelo contexto histórico e cultural do sujeito. Demo (2001) afirma que “a estrutura mais pertinente é aquela menos visível” (p. 55). Desse modo, devemos procurar essas estruturas profundas na comunicação, principalmente através das coerências e incoerências do posicionamento do sujeito, e de seu esforço para que o ouvinte seja envolvido naquela história através do seu ponto de vista. Contudo, o autor salienta que a parte estrutural da análise não pode ser reduzida ao discurso do sujeito. Ela deve incluir todos os comportamentos apresentados enquanto o sujeito discorria sobre sua história, além de outras percepções por parte do pesquisador. Desse modo, além do áudio gravado, foi de suma importância à utilização dos registros no diário de campo.

Demo (2001) afirma que essas duas primeiras análises, sócio-histórica e formal, são na verdade uma preparação para a última, que é a interpretação/reinterpretação. Essa última fase será construída a partir do olhar do pesquisador, mais precisamente, do olhar teórico e de sua

abertura para a novidade que as alteridades do narrador trazem. Assim, essa etapa é uma paráfrase do texto que foi lido por nós, onde explicaremos o fenômeno a partir do nosso olhar (REMOR & REMOR, 2012). Para isso, além da utilização do procedimento “*standpoint epistemology*”, é necessário que o pesquisador, a partir de seu próprio questionamento, assuma a posição de intérprete do fenômeno. Onde o fenômeno será interpretado para além do que dito e da maneira que foi dito. Realizando assim um esforço para uma análise aprofundada do fenômeno conforme colocamos no início deste capítulo.

Como já relatado na metodologia, utilizaremos o nome real do nosso participante, devido sua solicitação de que não houvesse sigilo em relação ao seu nome. Nosso sujeito de pesquisa é um homem, de 38 anos que se chama Elias Lima Batista, frequentador da ONG Inverso. Elias foi escolhido devido ao vínculo que possui com a autora desta monografia, adquirido através da convivência nas atividades na Inverso desde que ele começou a frequentar o local com a TV Sã em 2012. Além disso, a escolha em construir sua narrativa foi devido ao processo de recuperação na qual se encontra há algum tempo. O termo “recuperação” vem sido utilizado em saúde mental para caracterizar o retorno das pessoas acometidas por sofrimento psíquico a uma vida ativa, levando em consideração suas limitações. Vasconcelos (2003) define esse conceito em saúde mental como “um processo profundamente pessoal e coletivo de mudanças que pode levar a uma vida com satisfação, desejo e participação social, mesmo com as limitações causadas pelo transtorno” (p. 26).

Para realizarmos a construção de sua narrativa, nos encontramos 4 vezes, em locais e horários escolhidos por Elias. Todos os dados foram obtidos através de uma comunicação discutida, diferentemente de uma entrevista, tínhamos um roteiro flexível e íamos conversando a respeito. Demo (2001) salienta que essa dinâmica do diálogo nos aproxima a partir do momento que há mais credulidade que argumento. Assim, a convivência surge através dessa confiança mútua que um tem na fala do outro, respeitando o discurso do outro, embora possa haver discordâncias, construindo assim uma informação qualitativa, que “não busca ser neutra ou objetiva, mas permeável à argumentação consensual crítica” (p. 30).

Partindo do pressuposto de Demo (2001) de que os dados são construídos, ao invés de simplesmente coletados, partiremos para a análise e interpretação da informação qualitativa produzida através das narrativas, utilizando como ferramenta a teoria exposta neste trabalho. Cumprindo com as normas éticas, todos os nomes citados nesta análise são fictícios, com exceção do nome de Elias que solicitou que seu nome real fosse utilizado.

4.1. Análise sócio-histórica

Elias nasceu em Taguatinga e foi criado em Ceilândia, ambas são cidades satélites do DF. O DF é formado por Brasília e mais 29 cidades, cada uma possui uma administração regional, os administradores são nomeados pelo governador, o que diferencia as regionais de prefeituras, já que não é a população quem escolhe. Em 1969, o favelamento era um dos grandes problemas sociais do DF, oriundo da construção da capital, já que os trabalhadores que a construíram foram residir nos arredores de Brasília, surgindo assim grandes favelas que posteriormente foram transformadas em cidades satélites. Taguatinga foi o primeiro assentamento do DF, surgiu em 1958 e em 1970 foi reconhecida oficialmente como cidade, já Ceilândia, foi oficializada no ano seguinte (DISTRITO FEDERAL, 2014b; 2014c). As duas cidades fazem fronteira e se destacam pelo tamanho da população.

De acordo com a Companhia de Planejamento do Distrito Federal (Codeplan), Ceilândia é a regional administrativa mais populosa do DF, representando 16% de seu total populacional (DISTRITO FEDERAL, 2013). Embora tenha nascido em Taguatinga, Elias foi criado e vive em Ceilândia, dos seus 38 anos, apenas 1 foi vivido fora da cidade. Ele fala com orgulho da cidade, descrevendo sua história, inclusive destaca o fato de Ceilândia ter a maior favela do mundo. De acordo com Furquim (2013), os condomínios Sol Nascente e Pôr do Sol, que ficam em Ceilândia, possuem uma população de 78.912 mil pessoas, superando a população da Rocinha, no Rio de Janeiro. Assim, os dois condomínios formam a maior favela da América Latina.

Elias conhece bem a cidade e seus serviços. Com uma população estimada em 442.865 habitantes, Ceilândia, que segundo o Plano Diretor de Saúde Mental deveria ter até 2015, 1 CAPS II e 1 CAPS III, ambos de saúde mental, além de um 1 CAPS I, atualmente possui apenas um CAPS ad (DISTRITO FEDERAL, 2010; 2013; MPSMDF, 2013). Devido à falta de serviços em saúde mental, a população que necessita desse tipo de atenção deve ir para a área de referência, que no caso é o CAPS II de Taguatinga. Esse CAPS possui atualmente a maior área de abrangência do DF, atendendo 11 cidades, além de Taguatinga (MPSMDF, 2013), sobrecarregando o serviço que deveria atender uma área de até 200.000 habitantes (BRASIL, 2004).

Na primeira crise, Elias foi levado para o Hospital Regional de Ceilândia (HRC), *“lá não tem nenhum meio de cuidado para pessoas que tem alguma crise convulsiva”*, depois de ter recebido o diagnóstico de epilepsia, foi encaminhado para o Hospital Regional de

Taguatinga (HRT). Seguiu sendo acompanhado no HRT até passar por um episódio de violência no hospital, onde o segurança acabou rasgando sua calça.

Pensa, uma pessoa que está quase entrando em crise, necessitando de medicação e você ouve a pessoa te dizer que não tem como falar com o médico. Aquilo foi me deixando nervoso. Quando eu quis falar com o médico, porque eu vi que tinha um médico lá, o segurança não deixou, me pegou e puxou minha calça, que estava com um pequeno furo e ela rasgou.

A partir desse fato, Elias foi para o HSVP pedir ajuda e passou a ser acompanhado lá. As três internações involuntárias que vivenciou também foram nesse hospital psiquiátrico.

O HSVP é a instituição mais antiga de saúde mental no DF, localizado em Taguatinga (LIMA & SILVA, 2004). Inaugurado em 18 de maio de 1976, nas dependências do antigo Hospital Maternidade de Taguatinga, criado em 1959 como serviço de saúde assistencial administrado por freiras. Devido à exclusividade no atendimento psiquiátrico, teve seu nome modificado para Hospital de Pronto Atendimento Psiquiátrico (HPAP) em 1976. Recentemente, a partir do projeto de ser transformado em um CAPS, houve novamente uma mudança de nome, retirando psiquiátrico, com o intuito de se criar uma nova representação social do local, rompendo assim com os estigmas construídos, entretanto, o projeto do CAPS não saiu do papel (AMARAL, 2006; PORTELA, 2013).

Portela (2013) destaca que até os anos 2000 o descaso era generalizado na saúde mental do DF, a área era invisível ao governo distrital, não havendo nenhum tipo de proposta de melhorias. De 1985 a 2002, o HSVP foi o principal dispositivo psiquiátrico do DF, sendo responsável por mais de 80% dos atendimentos psiquiátricos prestados. Nesse mesmo período ocorreu a primeira internação de Elias, ficando mais compreensível para nós, o porquê dele ter sido internado no HSVP, já que este era o serviço de referência em psiquiatria no DF.

Desde a década de 90 o HSVP vem sofrendo modificações com o intuito de uma maior promoção na oferta de atendimento. Assim, começaram a ser ofertados atendimentos em grupo, oficinas de capacitação, dentre outros serviços que foram descontinuados (LIMA & SILVA, 2004). Em 2007, houve um trabalho de articulação com a atenção básica, com o intuito de se adequar ao relatório da OMS. Usuários que estavam estabilizados há mais de 2 anos com a mesma medicação foram encaminhados para médicos clínicos da atenção básica (MPSMDF, 2013).

Atualmente, as pessoas que chegam ao ambulatório são acolhidas, onde seu risco é classificado de acordo com os sintomas que apresenta. Após passar pela triagem da enfermagem é agendado um retorno de no máximo 8 dias nas vagas existentes para obtenção

de medicamentos. Após esse retorno é agendada a consulta com psiquiatra. A primeira consulta psiquiátrica só ocorre após esse acolhimento ou então através do encaminhamento dos centros de saúde, fazendo assim articulação com a atenção básica. Os médicos podem agendar apenas 8 usuários por dia, as outras vagas ficam a disposição dos centros de saúde e intercorrências do próprio hospital. Embora essa nova dinâmica tenha melhorado o atendimento, o número de vagas ainda não é suficiente (MPSMDF, 2013).

Em relação à instituição psiquiátrica, discutida principalmente no capítulo 1 deste trabalho, o HSVP preserva práticas manicomiais e excludentes, não deixando de ser uma instituição total, conforme descrito por Goffman (2010). A “relação de opressão e de violência entre poder e não-poder, que se transforma em exclusão do segundo pelo primeiro” (BASAGLIA, 2001, p. 101) fazem parte dos hospitais psiquiátricos, não sendo diferente no HSVP, conforme podemos constatar pela fala de Elias. Em sua primeira internação, relata que:

Lá fiquei por vários dias desacordado, por conta da injeção que eles aplicam na gente que é muito forte. Não tinha força. Muitas das vezes eu chorava porque eu queria sair, mas a equipe não me dava atenção. Eu falava que não estava do jeito que eles pensavam, eles diziam que eu não podia resolver nada, só quem podia resolver era minha família. É como se eu tivesse preso lá dentro, como uma pessoa que representa risco para a sociedade e deve ser mantido trancafiado por enquanto.

Goffman (2001) divide em três fases o processo que denomina como “carreira do doente mental”: a) Pré-paciente; b) Internamento; e c) Ex-doente. O autor destaca que a primeira fase é marcada pelo modelo de expropriação, onde “começa com relações e direitos e termina, no início de sua estada no hospital, praticamente sem relações ou direitos” (p. 116). Assim, por mais que Elias dissesse que estava melhor, havia perdido a voz, silenciado pela violência técnica relatada por Basaglia (2001). “*Nunca vi no HSVP na ala de internação alguém escutar alguém, eles só chegam e te aplicam a medicação, você acaba ficando fraco e desmaia*”.

Desde 2004 o HSVP tem realizado assistência domiciliar em saúde mental através do Programa Vida em Casa (PVC). Esse tipo de serviço faz parte do SUS, regulamentado através da Portaria GM nº 1.635, de 12 de setembro de 2002, onde é assegurado em seu artigo 7º, “visita Domiciliar para Consulta/Atendimento em Assistência Especializada e de Alta Complexidade” (CFP, 2013, p. 115). Atualmente são atendidos cerca de 400 usuários, em uma parceria do HSVP com a atenção básica. Embora os ganhos sejam indiscutíveis, o trabalho se torna limitado por conta da: a) abrangência do território; b) precariedade da equipe

interdisciplinar em saúde mental; e c) priorização do medicamento ao invés da reabilitação psicossocial.

Outro programa criado pelo HSVP que tem tido um bom retorno é o Grupo de Apoio Pós Internação (GAPI). Após receber alta, o usuário tem sua condição acompanhada por contato telefônico. Além dessa comunicação, o GAPI realiza encaminhamentos para outros serviços que deverá dar assistência ao caso. Recentemente o GAPI começou a comunicar as internações aos serviços de referência das regionais, com o intuito de construir um trabalho em rede, onde o sujeito realmente possa ser assistido (MPSMDF, 2013).

A equipe do HSVP conta hoje com cerca de 350 servidores. Atualmente o hospital é composto por: a) Ambulatório; b) Pronto-socorro; c) Ala de internação; e d) Pronto-socorro dia. O Pronto-socorro e a Ala de internação possuem 42 leitos cada. O Pronto-socorro dia funciona como um hospital-dia, possuindo 30 leitos e funciona dentro do pronto-socorro (MPSMDF, 2013).

Há ainda uma dificuldade em se trabalhar a partir do novo modelo de atenção em saúde mental, já que grande parte da equipe continua na Ala de internação e Pronto-socorro. Alguns grupos foram criados por profissionais da Psicologia e Terapia Ocupacional numa tentativa de se trabalhar a reabilitação psicossocial com os usuários do serviço (MPSMDF, 2013). A respeito das oficinas Elias relata:

Tem oficina de tecelagem, tem oficina de bijuteria, tem oficina de malharia e tinha oficina de camisetas que eram bordadas. Só que são mal cuidadas pelas meninas da TO [terapeutas ocupacionais], que ficavam acompanhando os meninos no tratamento para que eles fizessem alguma coisa. Elas não fazem um trabalho correto, saem, vão para outro local e a oficina fica sem ninguém para ficar prestando atenção nos meninos que estão lá. As oficinas se tornavam quase que obrigadas.

A falta de preparo de servidores para se trabalhar com a reabilitação psicossocial é uma realidade de vários espaços que estiveram por muito tempo em uma lógica manicomial. No HSVP não é diferente, apesar das mudanças de cuidado, a característica hospitalocêntrica e manicomial ainda está presente na instituição. De acordo com Elias, “a melhor coisa que me aconteceu na oficina do HSVP foi quando a Carla [terapeuta ocupacional], neste evento da TV Sã que aconteceu próximo ao 18 de maio chamou a gente para participar”.

A TV Sã surgiu em um dos eventos do 18 de maio - dia nacional da Luta Antimanicomial - a partir da visita da TV Pinel, do Rio de Janeiro. A TV Pinel surgiu em 1996 através de uma parceria do Instituto Municipal Phillipe Pinel com a Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. Desde então, a partir de uma metodologia participativa

de todos os atores da saúde mental, como usuários, familiares, técnicos e estudantes, tem participado ativamente da Luta Antimanicomial em todo o país (TV PINEL, 2013). Dentre sua proposta de dar visibilidade para a saúde mental, é destacado:

Sob o paradigma da Reforma Psiquiátrica, a TV Pinel, surge como uma importante ferramenta de intervenção cultural, artística e social, produzindo uma outra subjetividade acerca da loucura, trazendo na sua linguagem muito humor. Nesse percurso a TV Pinel ensaiou processos de singularização em seus participantes, na sua produção midiática, oportunizando outras maneiras de produção da imagem da loucura (TV PINEL, 2013, s.p.).

Com forte influência da TV Pinel e de sua importante “função” na saúde mental, um grupo de usuários do HSVP, estudantes e profissionais, formaram a TV Sã em 2008. É definida como:

[...] um Núcleo de Comunicação Comunitária em Saúde Mental no Distrito Federal. Somos um grupo aberto a participação de toda comunidade e estamos empenhados não apenas na construção de vídeos, mas também na produção de sentidos e na articulação cultural e política de pessoas que historicamente estão excluídas do discurso social. Todos os participantes desse projeto são voluntários, assumindo diferentes funções e atividades, de acordo com seus interesses e disponibilidade. Através desse esforço coletivo, novos espaços de convivência são inaugurados e novas possibilidades de vida são construídas (TV SÃ, 2012).

Durante 4 anos a TV foi patrocinada pelo UniCEUB, além de fornecer seus laboratórios de produção midiática para a TV produzir e editar seus vídeos. Conforme foi se empoderando como dispositivo comunitário e reabilitador na saúde mental, fazendo parcerias com serviços e vislumbrando outros projetos, a TV fez uma parceria com a ONG Inverso. Atualmente a TV possui destaque na cena da saúde mental no DF, com participação na grande parte de eventos da área, além de fazer parte da comissão de comunicação do MPSMDF, do qual Elias também faz parte. Presente desde seu início, ele é um dos responsáveis pela TV. Após reunião com a diretora da Inverso, Eva Faleiros e Tania Inessa, professora do UniCEUB e uma das idealizadoras do projeto, a TV começou a se reunir semanalmente na ONG, ao invés do UniCEUB. Essa mudança foi estratégica, já que de acordo com Elias, na Inverso seria mais fácil o contato e vinculação com seus frequentadores e usuários da saúde mental.

A Inverso (Instituto de Convivência e Recriação do Espaço Social) é uma ONG de saúde mental localizada em Brasília, construída em 2001, praticamente um mês antes da promulgação da Lei Antimanicomial. Nesse período nenhum CAPS havia sido implantado no DF. Ela foi criada por militantes da saúde mental do DF com o intuito de ser um espaço livre dos abusos e violências manicomiais, frente à deficiência de espaços desinstitucionalizantes

nesse território na época de sua abertura. Em março deste ano completou 13 anos de atividade. É um espaço totalmente aberto, onde podemos de fato ver que a desinstitucionalização é possível, e principalmente, que ela é saudável.

Além de ser um espaço de convivência, a Inverso é um dispositivo de socialização através da convivência não só entre seus frequentadores, mas com a comunidade local. De segunda a sexta são realizadas oficinas que são coordenadas por profissionais voluntários das áreas da Psicologia e Serviço Social, além de pessoas de outras áreas e profissionais liberais que sempre aparecem no espaço, dando algum tipo de contribuição. Lá não é utilizado prontuário e não há obrigatoriedade de participação, nem processos burocráticos para frequentar o local. É um espaço aberto para toda comunidade, aonde as pessoas vão para conversar, se divertir, discutir, enfim, vão para viver. Essa é a lógica da ONG, um espaço que tem como objetivo ajudar as pessoas a viverem, a encontrarem espaços de vida.

Apesar de não ser um espaço para tratamento, não podemos deixar de mencionar o quanto a autonomia e a liberdade que o espaço proporciona aos seus frequentadores é terapêutica. Rotelli (2007, apud NISHIKAWA, 2012) relata o caráter terapêutico que a liberdade possibilita, onde:

[...] a liberdade só é terapêutica se não significa deixar as pessoas sós. A liberdade é um fato coletivo. É preciso que estejamos juntos para sermos livres. Ninguém pode ser livre sozinho, ninguém pode ser livre se não tem uma finalidade comum com os demais (p. 41, apud NISHIKAWA, 2012, p. 66).

Dessa maneira, a liberdade é terapêutica por conta do cuidado que está atrelado a ela. Na Inverso há ajuda e suporte mútuos, onde os frequentadores formam uma espécie de rede, apoiando e cuidando uns dos outros, conforme colocado por Vasconcelos (2003). Além da troca de vivências e experiências, eles se ajudam desde problemas emocionais as dificuldades comuns do dia a dia. Recentemente, após um trabalho de inclusão digital com uma estagiária do serviço social, a maioria dos frequentadores aderiu ao *facebook*, rede social utilizada mundialmente. Através desta ferramenta digital, costumam se comunicar quando estão fora da ONG. É comum a marcação de passeios, como ir ao cinema e a shows, a partir da socialização de dentro da ONG é feita a reinserção social fora dela.

Dentre os dispositivos substitutivos previstos na Política Nacional de Saúde Mental, respaldada legalmente pela Lei Federal nº 10.216, estão os Centros de Convivência e Cultura (CCC) como constituintes da RAPS. Dentre as providências discriminadas na Lei Distrital nº 975 a serem tomadas, estão à implantação de Centros de Convivência, descritos na mesma

como modalidades “médico-assistenciais” no território. O que nos dá a dimensão de uma lógica ainda biomédica, onde o médico seria o profissional mais habilitado para o cuidado em saúde mental, rompendo assim com a lógica multidisciplinar. Até hoje não há no DF nenhum CCC que recebe apoio financeiro e é vinculado ao governo, contudo, o Plano Diretor (DISTRITO FEDERAL, 2010) salienta a importância da implantação desse serviço como um recurso a mais para as pessoas em sofrimento psíquico grave.

Os CCC são espaços privilegiados para a sociabilidade, facilitando o convívio e vínculo na comunidade, através da construção de laços sociais entre diversos atores. De acordo com Jones (1978, p. 89, apud AMARANTE, 2013, p. 43), “a ênfase na comunicação livre (...) e nas atitudes permissivas que encorajam a expressão de sentimentos implica numa organização social democrática, igualitária, e não numa organização social do tipo hierárquico tradicional”. Essa organização social tem na democracia o respaldo para que todos que fazem parte dela sejam representados e tenham espaço, essa é a lógica dos CCC, possibilitando o resgate de sujeitos que ficaram por muito tempo institucionalizados através da abertura para poderem expressar e encontrar sentidos para suas vidas. Na Inverso, as decisões a respeito de qualquer mudança na ONG são realizadas conjuntamente, com a escuta de todos os frequentadores, havendo assim, ênfase na comunicação.

Embora não receba apoio financeiro do governo, a Inverso é um dispositivo pertencente ao território, fazendo parte da RAPS no DF. Seguindo as disposições de dar voz aos sujeitos, nessa ONG as atividades são propostas e montadas de acordo com a demanda dos frequentadores, as discordâncias sempre estão presentes, o que enriquece a convivência. O MPSMDF (2013) ressalta a importância desses serviços para a “construção de espaços de convívio e sustentação das diferenças na comunidade e em variados espaços da cidade” (p. 27). Essa sustentação de diferenças é muito importante para a legitimação do sujeito, levando em consideração sua singularidade e particularidade, abolindo assim as padronizações impostas pelo modelo manicomial.

A Inverso vem realizando há algum tempo trabalhos de intervenção urbana, ocupando alguns espaços públicos, dentre eles está a revitalização de uma parada de ônibus e uma praça que ficam próximas a ONG, trabalho esses realizados através de peças de mosaico produzidas em uma das oficinas. Dentre as conquistas da ONG nesses 13 anos de história, está o prêmio “Loucos pela Diversidade”, organizado pelo Ministério da Cultura e a Fundação Oswaldo Cruz. O prêmio foi concebido devido a revitalização de uma pracinha próxima a Inverso, que recebeu o nome de “Esquina da Loucidez”. Toda a revitalização foi feita pelos frequentadores da ONG, utilizando-se dos mosaicos produzidos em uma de suas oficinas. Além de cuidar do

espaço urbano, um dos objetivos da ONG é trazer visibilidade para a saúde mental, já que a Esquina da Loucidez é frequentada por toda a comunidade (MPSMDF, 2013).

No que diz respeito à autonomia e protagonismo na saúde mental, os frequentadores são responsáveis pela organização da ONG, cabendo a eles manter a limpeza e a organização do espaço em um todo. O trabalho de autonomia está inclusive na chave da Inverso, que foi dada a vários frequentadores. Recentemente os frequentadores mudaram o nome de uma oficina, que era chamada de informática, contudo, eles não estavam vendo sentido, já que outras atividades também estavam sendo realizadas ao mesmo tempo. Consensualmente mudaram para “Segunda da Diversidade”, por ser realizada semanalmente na segunda-feira. A utilização de “frequentadores” ao invés de “usuários”, também foi decisão deles, além de uma maior intimidade com o espaço, o novo termo traz a concepção de fazer parte daquilo, não só usar, mas ser um dos “produtores” daquele ambiente.

Atualmente, fazem parte do quadro de atividades da Inverso: a) informática; b) jogos; c) culinária; d) roda de conversas; e) inglês; f) artesanato; g) música; e h) bateria de samba. A ONG possui um bloco de carnaval chamado “Rivotril” que participa de vários eventos relacionados à saúde mental no DF, mesmo fora da época do carnaval. Neste ano, a marchinha de carnaval “Ei psiu, eu não quero rivotril” (ANEXO D), elaborada pelos frequentadores da ONG, ficou entre as três mais votadas para o carnaval brasiliense, sendo tocada no bloco carnavalesco “Pacotão”, um dos mais tradicionais da cidade.

A Inverso é um local utilizado também para as reuniões do MPSMDF. Ano passado o movimento voltou a se reunir periodicamente com o intuito de organizar a semana do 18 de maio. Devido à mobilização com faculdades e serviços, muitas pessoas passaram a fazer parte do movimento, inclusive Elias, que já era um militante da saúde mental. Diante do sucesso do evento, a então presidente do movimento, a assistente social Eva Faleiros, que esteve presente desde o início do coletivo, resolveu deixar seu cargo. Atualmente, como já citado neste trabalho, o MPSMDF é organizado a partir de comissões, não havendo presidente, todos são responsáveis pela manutenção e participação do coletivo.

Na próxima análise, veremos o quanto esses espaços por onde Elias circulou e circula foram de suma importância para seu processo de recuperação e empoderamento.

4.2. Análise formal

Levando em consideração a frequência dos componentes comunicativos, a indicação dos códigos mais recorrentes do fenômeno e a busca de estruturas profundas em seu discurso, levantamos 3 categorias que ao nosso ver, estruturam de modo significativo o fenômeno analisado: a) Ausência de referência afetiva: “ele”; b) Crise: uma conhecida e desconhecida ao mesmo tempo; e c) Empoderamento: a construção de um cidadão.

1ª Categoria: Ausência de referência afetiva: “ele”

Dentre todos os componentes do discurso de Elias, o que tem a maior frequência é “ele”, utilizado para se referir ao pai. Os dois sempre tiveram uma relação conflituosa, marcada pela ausência do pai em relação à vida do filho, inclusive em relação ao seu “problema”, como é colocado por Elias. O lar conflituoso foi relatado em vários momentos de sua narrativa, contudo, esses conflitos estavam sempre ligados ao pai. Quando se queixa da madrasta, por exemplo, Elias expressa mais indignação não por conta das atitudes dela, mas por seu pai defende-la ao invés dele. Quando fala dos problemas do sobrinho, que se envolveu com tráfico, Elias afirma que seu pai defendeu demais o neto, que todo carinho que não deu a ele, deu ao rapaz, isso explica a “vida fácil” que o garoto sempre teve.

O nome do seu pai foi dito apenas duas vezes, quando apresentou sua família e quando falou do único sobrinho do sexo masculino, que seu pai sempre tratou como filho e que inclusive tem o mesmo nome do avô. A palavra pai foi utilizada poucas vezes, na maior parte da narrativa, para se referir ao pai, Elias usava o termo “ele”.

Embora fale que é órfão dos pais, em nenhum momento nosso narrador fala da falta que a mãe fez ou elabora hipóteses sobre como seria diferente se ela estivesse viva, todavia, o pai é citado diversas vezes por conta de sua ausência e falta de afetividade. “*Eu não vejo ele ser algo, sempre ausente, um pai que nunca esteve presente, na hora da crítica sim, ele sempre esteve presente, mas na hora de uma ajuda, na minha doença, ele nunca foi presente. Nunca foi presente na minha vida, nunca foi presente na minha vida*”. Em muitos momentos há repetição ao falar do pai, como percebemos na última frase do trecho acima. Demo (2001) denomina de “modos de argumentar” essa característica de um determinado assunto ser recorrente na fala do sujeito, que seriam formas de fundamentar o conteúdo, de uma maneira que suas alegações venham a ter crédito para o ouvinte. Apesar de falar de dor no passado, é nítido como essa dor ainda está presente.

A figura do pai é criticada durante todo o tempo em seu discurso, em nenhum momento foi defendido algum comportamento dele, ao contrário. Apesar de não ter sido verbalizado, o agravamento da condição de Elias também recai sobre o pai, que não cuidava do tratamento do filho, que se esquecia de tomar a medicação, o que acabou resultando em crises mais intensas e sequentes. Elias se justifica que era novo demais para entender o que significava um transtorno para sua vida, por isso seria obrigação de seu pai esse cuidado. *“A lógica seria, eu comecei um tratamento, quem tinha que cuidar de mim? Seu pai. Exato. Era exatamente a pessoa que tinha que estar me alertando que eu tinha que tomar a medicação. Que não se preocupava, mas quando eu entrava em crise, reclamava (destaque nosso)”*.

Embora critique o pai, é possível perceber o quanto esse pai é presente na vida de Elias, além do seu desejo de ter esse pai próximo. Em uma reunião que fez em sua casa, Elias chamou alguns familiares, mas não convidou o pai, *“eu não vejo atitude de pai nele e por isso não consigo ver meios de convidá-lo a estar na minha vida”*, contudo, pediu para alguém convidá-lo. Houve um ato falho nesse trecho, que ao invés de falar “casa”, que era sobre o que estava sendo falado, Elias disse “vida”, nos dando a dimensão da ausência do pai, que não era só física, mas emocional, na sua vida. Mas embora não conseguisse convidá-lo, pediu que alguém fizesse isso e o pai foi. Elias achou que ele estava entediado, porque lá não tinha bebida alcoólica e não podia fumar.

Relatou com indignação que com um dos filhos de sua madrasta é diferente, *“é só ele chamar para ir almoçar na casa dele e ele vai assim como se fosse o filho dele, é na hora que fico olhando assim e fico vendo, onde é que tá o amor?”* Ao contrário de Elias que não consegue convidar o pai, o enteado sempre convida e o padrasto vai, do mesmo jeito que foi à casa do filho, embora não tenha sido convidado por ele. Amor que não deu para ele que é seu filho e dá para o outro que nem parente é, este é o argumento de Elias. Em relação ao parentesco, Elias já não pode usar esse mesmo argumento para falar do seu sobrinho, tratado como filho pelo avô, algo que também o deixa indignado.

O sobrinho tem 17 anos, morou com o avô um tempo e hoje mora só, paga o aluguel com o dinheiro que ganha com o tráfico de drogas. A família sempre disse que esse sobrinho se parecia fisicamente muito com Elias, que ficava orgulhoso, contudo, o menino desde cedo foi se envolvendo com pessoas “erradas” e acabou indo para o tráfico. Embora falasse para sua família que tinha que corrigir o garoto, os familiares não davam ouvidos para Elias. *“Eu estava querendo apenas que esse menino não se tornasse algo ruim”*. Ao se questionar a respeito das probabilidades na vida do rapaz, Elias afirma que é *“ir parar no CAJE, morrer*

aos 22 anos de idade ou ser morto por um traficante, porque para quem se envolve com o trafico, que vende coisa de bandido, é só o que vai acontecer”.

Ainda sobre o sobrinho, Elias tem uma mágoa por conta de uma fala de seu pai, que disse a uma vizinha, que de Elias ele esperava o pior, caso se envolvesse com algo ilícito não seria surpresa, mas do neto ele não podia aceitar, porque deu tudo o que rapaz precisava, não entendendo o porquê do envolvimento do garoto com o tráfico. Ao saber dessa conversa, Elias ficou chateado.

*Em mim ele não deu valor, é o grave defeito, o pai, atualmente, ele dá valor nos netos, mas não cuida dos **filhos**.[...] A família quer ser **presente na vida do neto** mas **não consegue ser nos filhos**, você ver casos a parte que não acontece isso, mas na maioria dos casos, **os filhos se tornam pessoas que são deixadas de lado**, não são lembrados nos seus momentos (destaque nosso).*

Embora utilize o termo “família” no trecho, a partir da segunda frase, o termo pode ser substituído por “pai” sem que perca o sentido do que Elias relatou. O trecho “*não são lembrados nos seus momentos*”, diz respeito à vida de Elias, que não é lembrada pelo pai, nem de seu aniversário. Para revidar a situação, Elias finge que não se lembra do aniversário do pai também, mesmo sofrendo com isso, apesar de dizer que foi a maneira que encontrou de não sofrer. Primeiro ele relata que:

Ele completou aniversário no dia 7 de fevereiro, eu mesmo não quis lembrar, porque não estava dentro de mim uma coisa muito boa, eu não quis ficar lembrando de uma coisa que me trouxe muita dor. Que só me trouxe problema, esse é o fato que não lembrei do aniversário dele.

Enquanto discorria, logo após ter citado “dor”, ficou em silêncio, com olhar vago, logo depois afirmou com veemência que não havia se lembrado do aniversário. Em outro momento da narrativa, quando fala da família que se esquece dos filhos, afirma: “*não são lembrados nos seus momentos e foi um dos motivos no qual eu não lembrei, não foi porque eu não lembrei não, foi porque eu não quis, no dia do aniversário dele*”. Esse jogo de argumentos, com coerências e incoerências de posicionamento é característico das estruturas profundas, onde é de suma importância para a análise:

Ir atrás do que não se quer dizer ao dizer, do que se encobre por temor ou astúcia, dos silêncios e atos falhos, dos modos como atitudes culturais se cristalizam, da trama inconsciente da convivência e da subjetividade humanas, da comunicação estratégica destinada a influir sem que se perceba, dos ritos de obediência imperceptível (DEMO, 2001, p. 55).

Dentre as categorias que levantamos a partir da narrativa, esta se destaca pela riqueza das tramas descritas por Demo para encobrir o que está latente no “fundo” do discurso.

“Ele nunca me tratou como um filho. ele nunca tratou nenhum dos filhos dele como filho, fica difícil ter uma relação afetiva com uma pessoa dessas”. Elias disse que o pai sempre implicava com ele, que acaba “sobrando” sempre para ele, contudo, relata em alguns trechos da narrativa que todos os filhos eram tratados da mesma maneira. Embora uma de suas irmãs por parte materna ter saído de casa, as outras duas continuaram. Com isso, podemos fechar esta categoria com o pai de Elias sendo uma estrutura que não apenas o sustenta, mas que o compõe, já que todas as outras esferas de sua vida estão interligadas vigorosamente com essa “ausência” do pai.

2ª Categoria: Crise: uma realidade

Levantamos esta categoria em especial a partir de duas observações no relato de Elias, a primeira é devido à vulnerabilidade e problemática pré e pós-crise, a segunda, foi de relatar o empoderamento conquistado a partir dessas crises abruptas.

Como relatado neste trabalho, a “primeira” crise de Elias ocorreu há 23 anos. Destacamos a palavra primeira devido ao conceito polifônico do termo “crise”. Sabemos que crise é um fenômeno humano, onde todos nós estamos dispostos a ter uma crise a qualquer momento, e temos, desde a fecundação até a morte, podendo ser boa ou ruim (COSTA, 2013). Nietzsche acreditava que o sofrimento advindo dessa experiência além de necessário, era um dispositivo potencializador para se chegar à sabedoria (VASCONCELOS, 2005c). A crise é caracterizada por uma mudança, por uma ruptura no equilíbrio, contudo, não podemos apontar a causa exata desse desequilíbrio, já que partimos do pressuposto de um sujeito multifacetado, como já citado neste trabalho, onde todos os seus processos estão de alguma interligados.

Dando continuidade a nossa escolha pelo termo “sofrimento psíquico grave”, desenvolvido por Costa (2013), todas as vezes que utilizarmos a palavra “crise”, esta deverá ser entendida como “sofrimento ou crise psíquica grave”. Para Tavares e Werlang (2012, p. 487 apud COSTA, 2013, p. 37), a crise psicológica, é definida como:

Um **processo subjetivo, determinado pelo contexto e pela história de vida**, de vivência ou experimentação de situações nas quais condições da realidade interna e externa mobilizam uma pessoa **e demandam novas respostas** para as quais ela perdeu ou ainda não acessou, não adquiriu, não desenvolveu, ou não domina a capacidade, o repertório ou os recursos necessários para dar solução à complexidade da tarefa em questão (destaque nosso).

Dessa maneira, a crise é um processo altamente subjetivo, acontecendo a partir da vivência e experiência no mundo do sujeito. Essas novas respostas demandadas são na verdade o enfrentamento daquela situação a partir da elaboração de quem a vive, assim, conforme a pessoa vai elaborando essas vivências, ela vai se empoderando também (VASCONCELOS, 2003; 2005b; 2005c).

A primeira crise de Elias foi algo diferente de tudo o que ele tinha vivido até então, não se recorda de como começou, só se lembra de acordar no hospital por conta de um procedimento muito doloroso que estava sendo realizado em suas costas. Por não tomar a medicação conforme receitada, as crises ficaram mais intensas e frequentes. Geralmente suas crises duravam minutos.

Partindo da nossa primeira observação, referente à vulnerabilidade e efeitos pré e pós-crise, Costa (2013) destaca que toda crise aumenta a vulnerabilidade do sujeito, contudo, não podemos reduzir crise a risco. Essa vulnerabilidade destacada pelo autor, no caso de Elias, está nos locais onde ocorre a crise, na sua preservação física, já que perde a consciência e o tônus muscular, além de sua segurança global também. No momento pré-crise, ele relata que:

Muita das vezes eu começo a sentir algo ruim e aquela coisa que vem ruim em mim chega tão rápida que não consigo pedir ajuda. Minhas vistas escurecem, mas você não vê que minhas vistas escurecem, só eu percebo que tudo escureceu, [...] meu corpo fica tremendo, eu perco todo o sentido.

A crise propriamente dita acontece em seguida, ao perder todos os sentidos, não escuta, não enxerga, não sente e ele apaga. Por conta da falta de tônus muscular, geralmente acaba caindo. Relata que fica desacordado por poucos segundos, mas perde totalmente a consciência desse momento que perde os sentidos, não se lembra de exatamente nada, são instantes de sua vida que são apagados. É nesse momento que a vulnerabilidade fica mais acentuada. Numa crise que teve “*perdi até minha sandália, perdi uma kenner, pegaram minha kenner*”, nesta foi reanimado por socos no peito por uma policial que o socorreu, acordou com o impacto do corpo sendo batido na parede. “*A policial me deu vários murros no peito porque não sabia o que estava fazendo, era uma mulher, ela imagina que eu estivesse tendo parada cardíaca*”.

O retorno da crise também é delicado, levando alguns minutos até que ele se recomponha novamente, podendo se levantar e conseguir se movimentar só. “*Agora eu voltar a estar estável, podendo mexer a mão, porque até a coordenação motora eu perco. Até eu conseguir levantar, demora, não é que eu desmaie, mas é que quando perco a coordenação,*

“não tenho força para levantar”. Após a crise Elias se queixa das pessoas, que querem se “livrar” dele logo, o que lhe traz grande desconforto.

No metrô eu já tive várias crises, [...] aí o que acontece, eu passei mau e o que eles fazem, tiram a gente do metrô, como se nós estivemos incomodando no local, deixam a gente lá fora e começam a querer fazer algum tratamento, eu olho para a cara deles assim quando eu volto e começo a querer rir (risos).

Na verdade as pessoas não sabem mesmo o que fazer em uma situação dessas, desde que a responsabilidade pelo cuidado foi terceirizada para os técnicos, é como se abstraísse da sociedade toda responsabilidade para esse tipo de cuidado (BASAGLIA, 2001). Outro exemplo dessa concessão técnica e que Elias desaprova é das pessoas contatarem o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU). *“As pessoas tem esse hábito, esse mal hábito, entrou em crise, chama o SAMU.”*

O SAMU é um dos serviços mais utilizados para casos de intervenção em crise em saúde mental no DF, contudo, as críticas ao serviço prestado são grandes por parte dos usuários, principalmente por conta da falta de preparo e do encaminhamento para o HSVP. *“Porque o pessoal do SAMU não tem o treinamento para a área de saúde mental, acho muito pouco um curso. Não é de hoje que a gente fala que eles não sabem cuidar de uma pessoa”*. Tendo em vista as constantes reclamações do serviço, a SES-DF fez uma reestruturação do Núcleo de Saúde Mental (NUSAM) do SAMU. Atualmente o NUSAM do SAMU/DF é “o único do Brasil estruturado com três psicólogos, um assistente social e um agente de serviço social” (DISTRITO FEDERAL, 2014, s.p.). O acionamento da equipe multidisciplinar do NUSAM é feito pelo médico intervencionista da central de atendimento, que percebendo a necessidade de uma atenção maior, solicita essa equipe. A demanda do NUSAM, de acordo com a SES-DF é composta geralmente por “casos de luto, comportamento suicida, suicídio, surto psicótico, acidente com múltiplas vítimas e crises depressivas ou nervosas” (s.p.).

Elias se queixa que quando era atendido pelo SAMU sempre era levado para o HSVP para tomar remédio, mesmo se a crise já estivesse controlada. *“Antigamente, se a crise estivesse um pouco mais tarde, eles chegavam a conseguir me levar, porque eu não tinha como reagir e avisar que eu não ia precisar deles, hoje em dia, as crises estão menos intensas”*. Na última vez que alguém chamou o serviço para ele, estava dentro do ônibus, teve uma crise por ter ficado nervoso e quando começou a retomar a consciência, se deparou com um rapaz do SAMU entrando no ônibus para socorrê-lo. Quando o rapaz veio lhe socorrer, foi advertido, *“desculpe, não é necessário da sua presença para o meu problema, pode voltar,*

não estou precisando de sua ajuda, o trabalho de vocês não vai conseguir fazer o que eu preciso". Esse conhecimento a respeito de sua condição, inclusive de suas crises, aponta o seu empoderamento frente a sua condição, que é nossa segunda observação desta categoria.

Neste trabalho estamos utilizando o termo “empoderamento”, desenvolvido no Brasil por Vasconcelos (2003). *Empowerment* no inglês, sem uma tradução fiel ao nosso português é concebido pelo autor como “aumento do poder e autonomia pessoal e coletiva de indivíduos e grupos sociais nas relações interpessoais e institucionais, principalmente daqueles submetidos a relações de opressão, dominação e discriminação social” (p. 20). Assim, o empoderamento é imprescindível num processo de desinstitucionalização, onde há o resgate dessa autonomia que havia sido sugada pela instituição ao tornar os sujeitos assujeitados pelo seu poder. A trajetória de Elias é um exemplo fiel desse resgate da autonomia, que perpassa por todas as esferas que faz com que o sujeito seja um cidadão, dentre elas, a autonomia sobre sua própria condição.

“Não precisa ser especialista, só basta ter a vivência que tenho do meu problema”, a partir de seu histórico, Elias possui um vasto conhecimento a seu respeito, incluindo suas crises.

Sou uma pessoa que não suporto excesso de zuada, o quanto menos de barulho é melhor para mim, aí os meninos gostam de som alto, aí eu peço para reduzir o volume um pouco porque aquilo ali vai me deixar estressado e não vai ajudar no meu problema. Só que como eles não sabem do meu lado, não sabem que eu vou entrar em crise. Muita das vezes, se a pessoa me irritar, pode ter certeza, se me deixar nervoso eu entro em crise e não tem jeito, as pessoas não sabem o motivo, mas eu sei, porque fui eu quem fiquei estressado na hora.

Situações de estresse são as principais causas que o leva as crises. Contudo, ele reconhece que a partir da regulação da medicação, elas estão cada vez mais “suaves”, com duração menor e prejuízos menores também. Entretanto, até chegar nessa medicação não foi fácil, sua segunda internação aconteceu por conta de um medicamento que ele sabia que se tomasse iria entrar em crise, mas mesmo assim, o médico aplicou a medicação, passando por cima do conhecimento advindo da vivência de Elias. *“Eu tinha certeza que aquela medicação iria me fazer mau, mas não tinha outro tipo e eu não tinha dinheiro para comprar a certa para eu poder tomar e tomei essa”*. Acabou tendo crises convulsivas seguidas e por isso teve que ser internado.

Atualmente Elias tem um amplo conhecimento a respeito de sua medicação, assim como seus efeitos colaterais e dos malefícios que sofre caso não a tome, seja por esquecimento ou por qualquer outro motivo. Afirma que não gosta de medicação, mas

infelizmente não tem outro jeito, já que prefere tomar a ter crises constantemente. “*Enquanto eu quiser viver sou obrigado a ter que tomar. Ela me ajuda a manter o meu corpo sem ter crise, mas ela não consegue fazer com que eu não tenha mais 100% de crises*”. O fato de poder escolher o que é melhor para ele, é um exemplo do processo de empoderamento defendido por Vasconcelos (2003; 2005a; 2005b; 2005c), que é diferente de ser obrigado a tomar a medicação. Dentre as crises sucessivas e a medicação diária, ele escolheu a segunda opção que lhe permite uma melhor qualidade de vida. Após muitas tentativas, conseguiu ajustar a medicação com a neurologista que lhe acompanha, não tendo efeitos colaterais que lhe atrapalhe.

Elias traz de uma maneira descontraída, mas que reflete a autonomia de alguém que hoje tem independência financeira e pode comprar coisas que até pouco tempo atrás nem cogitava sonhar, por tão distante da sua realidade, mas que hoje é possível, “*e eu sou tão fresco que tudo tem que ser da eletrolux, porque ultimamente está mais moderno*”. O empoderamento é sua principal característica e que está presente em todas as categorias que desenvolvemos a partir de sua narrativa. Por esse motivo, será possível vê-la em diferentes ângulos e locais, mas todos com a mesma intensidade, de ocupar hoje um papel de cidadão. Dessa maneira, Elias reconhece suas limitações e principalmente suas potencialidades, o que lhe permite que ter uma vida ativa, apesar de poder ter crises a qualquer momento.

3ª Categoria: Empoderamento: a construção de um cidadão

Como já descrito na categoria anterior, a história de Elias é marcada profundamente por um processo de empoderamento que o fez assumir o papel de cidadão com todos os direitos e deveres. Vasconcelos (2003) lista alguns conceitos-chave para a compreensão de práticas que envolvem empoderamento ou *empowerment*, como ele prefere utilizar devido seu significado único. Ao todo, são 8 conceitos: (a) Recuperação; (b) Cuidado de si; (c) Ajuda mútua; (d) Suporte mútuo; (e) Defesa de direitos; (f) Transformação do estigma; (g) Participação no sistema de saúde/ saúde mental e militância social mais ampla; e (h) Narrativas pessoais de vida com o transtorno mental.

A partir do contato com Elias, observamos que todos esses conceitos-chave fazem parte de seu processo frente ao sofrimento psíquico. Devido à complexidade desta categoria e de todos os conceitos a respeito do empoderamento, desenvolvemos cada um a partir da história de nosso narrador. Contudo, a disposição em que os conceitos foram descritos acima não representa uma sequência de tomada de decisão. Na verdade, essa descrição foi uma

tentativa de Vasconcelos (2003) em adaptar o processo de *empowerment* a realidade do nosso país. Mais do que isso, acreditamos que seja uma forma didática também de conceitualizar o fenômeno do empoderamento, já que todos esses conceitos estão interligados. É importante destacar que a complexidade do fenômeno não se dá pela soma de vários conceitos, e sim por sua transformação dialética, na qual não dá para dividir o que o forma, já que é o resultado dessa transformação (DEMO, 2001).

A tomada de decisão para o **cuidado de si**, talvez seja um dos conceitos mais difíceis do processo de empoderamento, justamente porque é o mais individual de todos, já que apesar de ter uma rede de suporte e apoio mútuos, essa tomada de decisão só pode ser realizada através da mobilização do sujeito (VASCONCELOS, 2003). É concreto que essa tomada de decisão é um processo gradativo, assim como o processo de empoderamento num todo. Analisando a história de Elias, podemos observar que o primeiro movimento em relação ao cuidado de si, como sujeito de fato, foi sua decisão em sair da casa do pai após sua primeira internação.

Eu tinha 27 anos. A primeira internação foi exatamente quando eu morava na casa do meu pai. Foi assim... Não se assuste! Eu estava próximo ao banheiro, isso foi o que minha irmã Jane me conta, Janice né. Ela falou que eu estava próximo do banheiro e só sei que essa minha madrasta, não sei o que ela fez comigo, minha irmã falou que eu peguei, deve ser por alguma coisa que ela deve ter falado, fiquei irritado e dei lhe uma porrada no olho dela, eu arrebentei o supercílio dela.

Ele finaliza o trecho acima gargalhando da situação e da marca deixada na madrasta. Nessa época, o conflito em casa estava beirando o insuportável, com muitas discussões. Contudo, é de chamar a atenção que Elias nunca apresentou nenhum comportamento agressivo nas suas outras crises, nunca agrediu ninguém, com exceção da madrasta, quando estava tomado pela crise. Conforme foi abordado na categoria anterior, uma das características da crise em Elias é a perda do tônus muscular, que o impossibilitaria de ter forças para dar um soco em alguém, conforme a rapidez desse processo, que faz com que ele caia onde estiver sem conseguir pedir ajuda.

O impacto da primeira internação foi principalmente marcado pelo descaso a qual foi submetido.

*Muitas das vezes eu chorava porque eu queria sair, mas **a equipe não me dava atenção**. Eu falava que não estava do jeito que eles pensavam, eles **diziam que eu não podia resolver nada, só quem podia resolver era minha família**. É como se eu tivesse preso lá dentro, como **uma pessoa que representa risco para a sociedade e deve ser mantido trancafiado por enquanto** (destaque nosso).*

Embora sofresse dentro de casa, sua presença fazia diferença, era notado que estava lá. No hospital sentiu pela primeira vez o que é ser invisível e não ter voz. Após “uma série de rebaixamento, degradações, humilhações e profanações do eu” (GOFFMAN, 2001, p. 24), as crenças que antes faziam sentido, agora não fazem mais, da mesma maneira, as pessoa que faziam sentido para sua vida, agora não fazem mais. Para o autor, “o processo de admissão pode ser caracterizado como uma despedida e um começo, e o ponto médio do processo pode ser marcado pela nudez” (p. 27). Despedida da vida e relações que tinha antes, em contra partida, há o começo da mortificação do eu, sendo despido de sua própria identidade e enquadrado de acordo com os preceitos da máquina administrativa da instituição.

Goffman (2001) salienta que após passar por uma experiência de admissão em um hospital psiquiátrico, a vida do sujeito nunca mais será a mesma. Para Basaglia (2001) esse “novo” momento é de suma importância para “tomada de consciência do fato de ter sido excluído e rejeitado” (p. 120), que lhe propiciará rejeitar aquela situação na qual foi submetido e tomar uma decisão de mudar sua história.

É somente através dessa tomada de consciência de sua condição de excluído e da responsabilidade que teve a sociedade nessa exclusão que o **vazio emocional** em que o doente mental viveu durante anos **será gradualmente substituído por uma carga de agressividade pessoal**. Tal agressividade se resolverá em uma ação de aberta constatação contra a **realidade, que o doente agora nega, não mais devido à doença** mas porque se trata verdadeiramente de **uma realidade que não pode ser vivida por um homem**: sua **liberdade** será então fruto de sua conquista e não um dom do mais forte (BASAGLIA, 2001, p. 120-121, destaque nosso).

Todo aquele vazio emocional, conforme citado pelo autor, se transforma em vontade de mudar aquela realidade de submissão, que homem nenhum deve viver, independente de ter limitações ou não. Dessa maneira, Elias resolveu ter uma vida digna, onde ele enfim teria a liberdade de escolher o caminho a seguir, ao invés de seguir o que os outros ordenavam.

Logo após receber alta e ter reelaborado as experiências ruins que passou dentro de casa, que acabou resultando em sua internação, resolveu dar outro sentido para a vida. *“Depois da primeira internação percebi que não dava mais para viver na casa do meu pai, de jeito nenhum. Ele brigava demais, não aceitava eu falar nada, a palavra dele era a única verdade, só o que ele **fala** importa”* (destaque nosso). É nítido, conforme já discutido na primeira categoria, a mistura de passado e presente no que se refere ao seu pai.

Elias saiu de Ceilândia pela primeira vez e foi morar com uma tia materna em Tocantins. Além de estudar, começou a frequentar a igreja da tia. Pouco tempo depois, Elias se converteu para a Igreja Adventista do Sétimo Dia. Passado um ano, resolveu voltar para

casa do pai, mas chegando lá percebeu que as coisas continuavam da mesma maneira. *“Quando eu cheguei aqui pensei comigo, amigo, deixa eu mudar de vida. Se eu ficar nessa vida aqui, do jeito que esse pessoal quer viver, vou me dar mal”*. Esse ano em que passou com a tia foi de suma importância na recuperação de sua auto-estima, embora tenha retornado para casa, percebeu que ali não era mais definitivamente seu lugar e que precisava fazer algo para mudar sua situação, foi quando resolveu procurar uma igreja em Ceilândia.

Vasconcelos (2003) salienta a importância da **ajuda e suporte mútuos** para a manutenção do cuidado de si, empoderando gradativamente o sujeito, até que esse alcance a recuperação. Na igreja Elias encontrou a ajuda e suporte mútuos. A **ajuda mútua** veio dos grupos de orações que participava fielmente, na igreja ele encontrava o cuidado e afetividade que nunca teve em casa. Pouco tempo depois que começou a frequentar esse templo, pediu ajuda para um irmão da congregação, que lhe disse para procurar o irmão Emanuel. *“O princípio de quando eu comecei a me levantar na vida e a ter uma vida melhor foi através exatamente desse irmão da igreja”*.

Emanuel foi e continua sendo um grande **suporte** que Elias sabe que pode contar quando precisar. *“Foram cerca de 13 anos que o Emanuel passou me ajudando tanto em moradia como financeiramente. O Emanuel é o que me ajudou... A **única pessoa que tenho**, que é da **minha família** e que assim, que **não é da minha família quer dizer**, e que me ajuda é o Emanuel”* (destaque nosso). Como podemos analisar, ao mesmo tempo em que Elias diz que Emanuel é a única pessoa que ele tem, afirmando fazer parte da sua família, percebe a falha e diz que não é da família, mas que o ajuda. Percebemos assim que o lugar que Elias atribui a Emanuel é mais do que de um familiar, já que seus familiares nunca proporcionaram o cuidado e suporte que esse amigo lhe proporciona.

No início Elias trabalhou de servente para Emanuel, construindo inclusive um prédio com mais um colega, motivo de grande orgulho. Emanuel construiu um cômodo com banheiro em um dos lotes que tinha e deu para Elias morar, nunca cobrou o aluguel, disse que poderia ficar ali o tempo que precisasse. *“Assim comecei a me livrar de ter que ficar o tempo todo dependente de família”*. No começo Elias não tinha nada, as roupas eram pouquíssimas. Dos irmãos da igreja recebeu a doação de uma cama, um fogão e uma TV, por serem usados, apresentavam alguns problemas, porém, mesmo assim, ficaram por alguns anos com Elias. Da igreja recebia mensalmente uma cesta básica, que dava para ele ir se mantendo, quando o dinheiro não dava, Emanuel lhe ajudava.

Nesse período, Elias era assistido no HSVP, lá conheceu Laura, uma assistente social que também teve um papel fundamental em sua vida, ajudando-o a ir atrás de seus direitos.

Primeiramente recebeu o benefício do passe-livre local e interestadual. Mas ainda faltava o benefício financeiro, que era a possibilidade de ter autonomia financeira. *“Foi se passando o tempo, na igreja eu participo de grupos de oração, só que nesse tempo tinha mais ainda grupos de oração, a gente sempre orando e eu sempre pedia para que esse benefício saísse”*. Começava aí sua **defesa de direitos**, inicialmente com a mediação da Laura, posteriormente, conforme foi se empoderando como cidadão, começou a reivindicar sozinho pelos problemas enfrentados na saúde mental.

De acordo com Vasconcelos (2003), a defesa de direitos pode se dar no nível formal e informal. No primeiro, há participação de um profissional da saúde para reivindicação dos direitos civis, políticos e sociais do sujeito. No segundo caso, não há mediação, o próprio usuário capacita-se para ir atrás de seus direitos, podendo ir individualmente ou em pares. A caminhada pelos direitos de Elias começou formalmente com a mediação de Laura, contudo, conforme foi se empoderando e se capacitando como sujeito, adquiriu conhecimento a respeito das leis e órgãos onde deveria ir. Hoje ele é chamado por outros usuários para ser o mediador, mesmo papel que Laura assumiu no início de sua luta pelos benefícios que hoje lhe proporcionam autonomia financeira total. Sobre os benefícios, relata que:

[...] foi o início de ajuda, porque no princípio eu não tinha nada. Para tudo, se eu não me esforçasse mesmo tendo crise, eu não conseguia alcançar nada. [...] Aí consegui comprar minhas coisas, tudo o que eu precisava, sem precisar que ele [Emanuel] tivesse me ajudando ou pagando meu aluguel. Comprei minhas coisas de casa, comprei tudo. [...] comecei a receber o meu BPC. Esse foi um dos ganhos que a Laura fez com que eu conseguisse. Teve o outro de volta pra casa, ela me fez ter a carteirinha aqui do DF, a carteirinha interestadual, tive essa ajuda desse irmão da igreja que morei no lote dele e ele chegou a me ajudar até financeiramente quando fosse necessário e eu fiquei tocando minha vida.

Elias descreve com muita emoção o fato de pela primeira vez ter se tornado independente financeiramente, que é imprescindível para o processo de desinstitucionalização, como afirma Rotelli (2001), não adianta abrir os manicômios sem dar a oportunidade para que as pessoas possam viver sem ser tutelados. “Os escravos dos manicômios, gradualmente “libertos” e reinseridos fora da tutela nas trocas sociais, com dinheiro e as possibilidades materiais de participar do contrato social” (p. 62) é o que faz a diferença no processo de desinstitucionalização. Agora que já tinha condições de pagar o aluguel, resolveu se mudar para um local maior, onde pudesse ter a vida confortável que sempre sonhou. Comprou todos os móveis novos, pela primeira vez, não só teve condição de comprar o que desejava, além disso, pôde escolher desde a cor dos armários e a marca dos eletrodomésticos.

Para Elias, a maior gratificação de sua vida repleta de desafios e sofrimento, foi ter se tornado um cidadão.

A grande lição foi ter conseguido alcançar meus direitos, mas não é eu ter conseguido alcançar, mas é eu ter conseguido procurar meus direitos, porque ao procurar meus direitos eu me tornei uma pessoa cidadã. Porque quando eu procuro por algo que está faltando em mim, isso me completa, agora só quando eu aceito aquilo que já é formado, isso não me torna cidadão.

Ele possui um senso crítico muito apurado de toda sua trajetória, onde fica claro para si os momentos de assujeitamento que viveu, principalmente dentro de casa. Contudo, conseguiu ajuda através de seu próprio esforço, surpreendendo seus familiares através de potencial.

Ao todo são 23 anos de carreira psiquiátrica, diferente de carreira profissional, o termo tem sido utilizado na saúde mental “a fim de indicar qualquer trajetória percorrida por uma pessoa durante sua vida” (GOFFMAN, 2001, p. 111). Por muitas vezes Elias foi desrespeitado nos serviços por onde passou, além disso, percebia que os usuários não eram tratados com dignidade, já que muitas vezes nem o remédio de uso contínuo era distribuído, por estar em falta na RAPS.

Percebendo assim as deficiências da RAPS, além de ter alcançado seus direitos, agora era hora de batalhar pela saúde mental, para que as pessoas fossem cuidadas com dignidade, a TV Sã lhe permitiu assumir outro papel, o de **militante social**.

Eu comecei a falar exatamente quando eu comecei a participar da TV Sã, eu era uma pessoa que não tinha coragem de falar muito, mas quando comecei a participar da TV Sã eu percebi que precisa me abrir mais e aquilo foi me dando empoderamento. E nisso, esse empoderamento foi chegando ao ponto que hoje eu não tenho medo de chegar e de falar para determinadas pessoas o que falo.

Através dessa TV comunitária, foi ocupando espaços até então desconhecidos, da oficina de tecelagem do HSVP foi para o UniCEUB participar das reuniões da TV. Começou a frequentar todos os eventos de saúde mental, não só no DF, mas em outros estados também. Em seguida começou a fazer parte da ONG Inverso, que lhe possibilitou acesso a mais usuários e profissionais da saúde mental, e por último, começou a fazer parte do MPSMDF, que hoje é uma de suas grandes motivações para continuar na luta.

Parado eu não vou ficar, esperando tudo cair do céu, até porque não fui ensinado dessa forma. [...] cada vez que passar eu quero lutar por aquelas pessoas que exatamente, não tem os direitos que a lei permite que ela tenha. É como um exemplo que eu dou, a Laura, ela lutou por vários direitos por mim, porque eu não posso fazer o mesmo por outras pessoas? Mesmo eu sendo uma pessoa sem tantas

habilidades como a Laura, mas só por estar no movimento é uma das coisas que faz com que eu consiga que outras pessoas tenham seus direitos estabelecidos pela lei e eu não deixo de graça de jeito maneira.

Atualmente, o rapaz que há pouco tempo mal tinha voz, participa da comissão de comunicação do movimento, está presente em todas as reuniões, sempre colocando seu ponto de vista e experiência na saúde mental.

Na programação da semana do 18 de maio deste ano, Elias esteve em algumas mesas-redondas de faculdades do DF, ao lado de doutores na área, mostrando sua vivência e o aprendizado legítimo adquirido na sua carreira psiquiátrica. Sua **narrativa pessoal** sempre está presente nas suas falas, destacando que apesar das dificuldades e limitações, conseguiu se reestabelecer. Vasconcelos (2003) relata que o fato de expressar sua vivência, levando em consideração suas particularidades, é uma importante ferramenta existencial e política, a partir do momento que seu discurso mobiliza outras pessoas que estão em situação de vulnerabilidade por conta de suas limitações a perceberem que aquela situação não é irreversível e que elas possuem potencialidades.

Um dos pontos que é destacado por Elias em sua narrativa é justamente a questão familiar, ele vem trabalhando esse tema tanto através da TV Sã como pelo MPSMDF. Em março deste ano, a TV Sã fez um evento no Museu Nacional em Brasília, sobre a importância do apoio familiar para a recuperação das pessoas que apresentam sofrimento psíquico.

[...] não quero que outras pessoas fiquem passando pelo o que eu passei, se estou vendo que aquilo para mim foi ruim, imagine querer algo ruim para alguém que você já sabe que não é bem de saúde por completo. Você pegar uma pessoa dessas e tratar essa pessoa mal o tempo todo, você só vai ver essa pessoa declinar o tempo todo, sem ter vontade de fazer nada. São marcas que ficam.

Um dos momentos mais emocionantes do relato de Elias é quando ele discorre sobre os **preconceitos e discriminações** que ainda fazem parte da sua vida diariamente, como colocado por ele. É um triplo preconceito: a) por conta da sua cor; b) por ter um diagnóstico psiquiátrico; e c) social. Contudo, esses preconceitos não possuem a mesma proporção em sua vida como antes. Porém, é nítido, pela forma que ele encontrou de enfrentar a situação, que ainda é muito dolorido, principalmente em relação à solidão.

A mulher não tem coragem de se relacionar com uma pessoa que no caso tenha problema de epilepsia. Eles tratam as pessoas como se isso fosse algo que iria trazer algum tipo de transtorno para a vida deles, sendo que o transtorno é para quem vive o problema. [...] Mulheres não ficam querendo relação alguma comigo por causa do meu problema, na igreja eu não tenho assim mulheres que... que se interessem por mim, porque elas pensam que eu posso ser um problema.

A **estratégia de enfrentamento** foi se afastar dessas pessoas que o discriminam, inclusive de sua família. “[...] *tem hora, quando eu fico em casa, fico um pouco triste, só de pensar que estou só nessa vida, parecendo assim que, cheia de problemas*”. A falta de uma companheira, com quem pudesse dividir seus sonhos e projetos, e que estivesse ao seu lado, ainda traz um vazio a Elias. No entanto, apesar da dor e vazio, ele continua de cabeça erguida em sua luta, mesmo sabendo que a discriminação, estigma e preconceito infelizmente continuarão.

Recentemente, ao ser confrontado por um rapaz que lhe disse que era o trabalho dele que pagava a aposentadoria que Elias recebia, respondeu: *“virei para ele e falei, ‘primeiro eu não sou aposentado, segundo, eu troco tudo que eu ganho pela sua saúde, te dou minha carteirinha interestadual e meu passe local para tu andar aqui de graça’, quando eu comecei a falar isso ele não quis mais saber não”*. Argumentações como essa demonstram seu nível de empoderamento frente aos aborrecimentos que ainda surgem, esse enfrentamento crítico, demonstra não só o conhecimento de seus direitos, mas a ressignificação de sua experiência que o levou a **recuperação**.

Recuperação em saúde mental não é sinônimo de cura ou ausência dos sintomas, é quando o sujeito elabora e ressignifica toda sua vivência, criando estratégias para enfrentar o estigma e as limitações que fazem parte de sua realidade a partir do momento que evidencia suas potencialidades também (VASCONCELOS, 2003). O autor acrescenta que o processo de recuperação inclui “o desenvolvimento de novos sentidos e objetivos de vida na medida em que a pessoa cresce e ultrapassa os efeitos mais catastróficos da crise mental” (p. 26). Assim, o que até então representava sofrimento, hoje representa experiência que é revertida em conhecimento para enfrentar a própria condição, conforme podemos observar na trajetória de Elias.

4.3. Interpretação/Reinterpretação

Conforme podemos observar nas análises anteriores, a história de Elias é marcada por um processo de empoderamento, apesar da quantidade de obstáculos que teve em sua trajetória, por começar pela família.

Elias é o caçula dos filhos, tem 3 irmãs, apenas uma é irmã por parte de mãe e pai, as outras duas são filhas apenas de sua mãe, no entanto, foram registradas por seu pai. De fato, sua infância deve ter sido muito difícil, devido à perda da mãe precocemente, quando tinha 4 anos de idade, contudo, em nenhum momento Elias nos dá a entender que se sua mãe tivesse viva sua história poderia ter sido diferente. A única informação de sua infância que nos dá é a lembrança da mãe caindo sobre um monte de brita e posteriormente sendo retirada de lá já sem vida. Entretanto, até hoje não sabe do que a mãe faleceu exatamente, apesar da certidão de óbito estar em sua posse. Devido à ausência do pai, diz que é órfão de pai e mãe. Contudo, o pai possui um lugar de destaque na sua vida, mais vivo do que nunca.

Há uma crítica enorme a seu pai que sempre foi ausente, embora não relate isso, nos dá a percepção que esse vazio está à espera que algum dia seja preenchido por seu pai. Vasconcelos (2003) destaca a importância da ajuda e suporte da família para o processo de recuperação e empoderamento do sujeito, sendo às vezes tão eficaz quanto o próprio tratamento médico.

Em minha opinião, os processos de cuidado de si, de ajuda e suporte mútuos e outras formas de luta e auto-organização dos usuários e familiares são mais criativos, inovadores e comprometidos quando assumem claramente este caráter de desafio de ir além do saber e do paradigma médico convencional, sem entretanto negar suas contribuições (p. 42).

Nesse sentido, a tomada de responsabilidade da família em relação ao processo de recuperação do usuário é um importante aliado para o empoderamento desse sujeito, contudo, essa tomada de responsabilidade deve ser feita através da via do cuidado e não da tutela. “A noção de tutela (...) está em nítida contradição com a noção de cura, que deveria tender, ao contrário, para uma expansão espontânea e pessoal do doente” (BASAGLIA, 2001, p. 119). Desse modo, podemos inferir que o processo de recuperação de Elias talvez tivesse sido mais fácil se tivesse a família ao seu lado, entretanto, a ausência familiar não foi impeditiva para seu processo de empoderamento.

Apesar de dizer que seguiu a vida a diante e que não quer mais saber do pai, porque esse só o humilhou e o tratou mal, o pai continua presente com Elias, seja no seu discurso,

seja no seu pensamento. O pai continua sendo uma referência, embora Elias ainda não consiga perceber que o vazio que diz que sente não é da família, já que tem contatos com suas irmãs, tias e sobrinhos, e sim de não ter o pai com ele. Para encobrir esse amor pelo pai, que para ele ainda é inadmissível por conta das decepções que esse lhe causou, o coloca como bode expiatório, lhe culpando por grande parte de seus problemas, a começar pelo seu adoecimento.

Há 34 anos, ficar viúvo com 4 crianças não deve ter sido fácil para seu pai, no entanto, Elias desconsidera qualquer sofrimento do pai a partir do momento que legitima apenas o seu. Não há relato de dificuldade financeira, apesar do orçamento da casa ser bem regrado, o que nos dá a entender que esse pai trabalhava muito para sustentar os filhos e não deixava nada faltar em casa, motivo pelo qual poderia justificar em parte sua ausência. Realmente não deve ter sido fácil ter crescido sem o afeto do pai, contudo, Elias relata que era feliz na adolescência, que gostava de brincar com seus amigos na rua, embora o pai o reprimisse, por conta da violência que havia na Ceilândia naquela época. No início da década de 90, época em que Elias gostava de sair à noite com os amigos para cantarem músicas da Legião Urbana, a população do DF era de aproximadamente 1.601.094 habitantes e a Ceilândia já era a satélite mais populosa, apresentando os problemas sociais presentes em cidades grandes, como a violência (BRASIL, 2014). Essa posição de seu pai demonstra um cuidado com o filho, que Elias denomina de implicância. Mas a situação só começa a ficar insuportável para Elias quando seu pai leva para dentro de casa uma mulher com seus filhos.

A chegada da madrasta após 11 anos do falecimento de sua mãe mudou a dinâmica da casa, logo os conflitos começaram, é nesse momento que Elias se queixa com maior intensidade da ausência do seu pai, que até então era suprida pelos amigos na rua, companhias constantes. Ao ter a primeira crise aos 15 anos, sua preocupação não era com a família, e sim com os amigos, e das dificuldades de seguir sua rotina de brincadeiras por conta das crises que cada vez estavam mais intensas. O diagnóstico nessa idade também não trouxe diferença para o convívio familiar, na verdade ele nem sabia o que aquilo representava, só sabia que lhe impossibilitava de brincar com os meninos todos os dias. Basaglia (2001) afirma que “a doença, enquanto condição comum assume significados concretamente distintos segundo o nível social do doente” (p. 105). Desse modo, ninguém sabia realmente o que representava ter o diagnóstico de epilepsia. Elias só passa a ter consciência do que era ter epilepsia quando as sucessivas crises começaram a lhe impedir de dar continuidade a sua vida cotidiana.

Embora tenha sido prescrita medicação diária, afirma que sempre se esquecia, transferindo toda a responsabilidade do medicamento para o pai que trabalhava o dia inteiro.

Em casa as 3 irmãs mais velhas, a madrasta e seus filhos poderiam ajudá-lo, no entanto, para ele esse cuidado era responsabilidade de seu pai, talvez na tentativa de tê-lo em um momento só para ele, sem ter que dividir com a madrasta e os outros.

Dos 15 aos 27 anos continuou morando com o pai. Trabalhava como servente de pedreiro com seu pai, todo o dinheiro que recebia gastava no final de semana com bebidas alcoólicas, embora se queixasse do alcoolismo do pai desde sua infância. O relacionamento com a madrasta era muito delicado, até que um dia, em uma discussão que ele não se lembra, deu um soco e abriu o supercílio dela. Esse foi o único comportamento agressivo que Elias teve com outra pessoa durante suas crises nos seus 23 anos de carreira psiquiátrica. Essa atitude dele é muito estranha, porque um de seus sintomas durante a crise é a perda do tônus muscular, que o impediria de dar um soco com tanta força em alguém, já que não consegue nem ficar de pé, caindo no chão sem conseguir pedir ajuda antes, devido à intensidade dos sintomas. Embora a madrasta quisesse levá-lo para delegacia, alguém entrevistou e o levaram para o HSVP, foi sua primeira internação.

Na época, sua relação com o pai e a madrasta estava no ápice do conflito. Embora morassem na mesma casa, Elias não podia compartilhar da comida da família, devendo preparar a sua própria refeição em um fogareiro pequeno, já que a madrasta não permitia a utilização do fogão da casa, assim como dos mantimentos, ele tinha que comprar com o dinheiro que ganhava trabalhando com o pai. Ele era totalmente segregado na casa, sua revolta é que apesar do pai acompanhar essa exclusão, acaba ficando do lado da esposa.

Quando acordou no HSVP a crise já tinha passado, pela primeira vez foi silenciado, sendo ignorado pela equipe. Além disso, a violência do hospital retirou dele toda a responsabilidade sob a própria vida, cabia aos familiares decidir se ele voltaria ou não para casa, era dado o início de sua “carreira moral”, conforme conceituado por Goffman (2010). Basaglia (2001) é enfático ao afirmar que “o manicômio destrói o doente mental” (p. 101). Se antes Elias tinha compreendido o que era ter epilepsia, agora ele se depara com o estigma de ter sido internado em um manicômio e ter um diagnóstico psiquiátrico. Realmente é uma situação revoltante, acordar e descobrir que está internado e embora tenha recuperado a consciência, só pode sair dali com a autorização dos familiares que mais queria ele longe de casa do que perto. Nesse instante é que o sujeito percebe que foi despedido de sua identidade e direitos, sem ter uma moeda de troca para se livrar daquela condição de assujeitamento imposto pela instituição por meio do saber que a sustenta (BASAGLIA, 2001; SÁ & PEREIRA, 2006; GOFFMAN, 2010).

Após essa experiência sofrida tomou a decisão de ir passar uns tempos na casa da tia em Tocantins. Apesar de falar tanto da ausência de afeto, ele não relata como foi ter passado esse tempo com a tia, só fala sobre a ida para a igreja e de ter feito a 7ª e 8ª série do ensino fundamental através de um supletivo. Contudo, se lá ele tivesse esse afeto que a falta tanto o marcou, não teria decidido voltar para casa conflituosa do pai. A não ser que a ida para Tocantins tivesse sido na verdade uma fuga, por medo de ser internado novamente pela madrasta e o pai. No entanto ele voltou para casa, ao retornar viu que os conflitos continuavam, foi quando decidiu começar a frequentar a igreja em Ceilândia e pediu ajuda lá.

Na igreja recebeu o conselho de ir pedir ajuda para Emanuel, inicialmente começou a trabalhar de servente para ele e só depois que teve um lugar para morar. Então, o primeiro movimento em relação a Emanuel foi de trabalho, posteriormente foi construída a relação de amizade, recebendo do amigo um cômodo com banheiro para morar, onde ficou por aproximadamente 10 anos. Além da ajuda financeira e de moradia, recebeu do amigo o afeto que sempre procurou e até então não tinha recebido. A ajuda de Emanuel e da igreja foram de suma importância para a saída definitiva de Elias da casa do pai. É muito grato ao amigo e sabe que pode contar com ele sempre, inclusive destaca que é a única pessoa que sempre esteve disponível para ele, muito mais do que qualquer familiar. Através de seus atos-falhos, percebemos que o Emanuel ocupa sim um lugar de destaque, como um familiar. A igreja e Emanuel são exemplos de ajuda e suporte mútuos, que são imprescindíveis para o processo de recuperação e empoderamento, relatado por Vasconcelos (2003; 2005b; 2005c).

Nesse mesmo período estava sendo acompanhado no HSVP, lá conheceu Laura, uma assistente social comprometida que realmente fez a diferença em sua vida, o ajudando nessa caminhada atrás de seus direitos e do reconhecimento como cidadão. O primeiro benefício que conseguiu foi o passe-livre local e posteriormente interestadual. Elias dependia do dinheiro da irmã mais velha para ir da Ceilândia para Taguatinga se consultar. Certo dia, estava passando mau porque não tinha conseguido o medicamento na rede e não tinha dinheiro para comprar, na verdade não tinha dinheiro nem para o ônibus. Foi caminhando, com fome, passando mau, de Ceilândia até o HRT, lá teve a calça rasgada por um segurança que não o deixou ver o médico, saiu de lá e foi caminhando até o HSVP, de lá foi caminhando até o Riacho Fundo, atrás de sua irmã, que lhe deu comida e R\$ 2,00 para que pudesse pegar um ônibus e voltar para a casa. Agora imagine o quanto andou, chorando, por conta do abuso do segurança, com a calça rasgada e com fome, já que saiu de casa cedo e só retornou a noite.

Por conta dessa medicação que estava em falta na RAPS, Elias foi internado pela segunda vez, devido às crises convulsivas seguidas que teve. Embora tivesse falado ao médico

que não podia tomar um determinado remédio que substituíra o que estava em falta, devido à intensificação da crise, ao invés de amenizá-la. O médico não deu ouvidos à experiência de Elias e lhe deu a medicação que como já era esperado, piorou seu quadro. A desconsideração da experiência do outro frente a sua própria problemática talvez seja um dos piores aspectos do estigma atrelado às pessoas que possuam sofrimento psíquico grave. Além disso, Elias naquele momento era um objeto para o médico trabalhar a partir do seu saber, daí a desconsideração do saber do paciente sobre sua própria vida. Goffman (2010) acrescenta que “transformar-se num paciente é ser transformado num objeto que pode ser ‘trabalhado’” (p. 307).

Após o passe-livre, Laura o ajudou na conquista do benefício financeiro De Volta Pra Casa, era o início da caminhada pelos seus direitos. Embora recebesse o benefício, tinha que trabalhar, mesmo com as crises, para que pudesse complementar a renda e pagar suas despesas. Nessa época recebia a ajuda da igreja que lhe dava uma cesta básica e de Emanuel. Em seguida, Laura lhe informou sobre o Benefício de Prestação Continuada (BPC) a que tinha direito, o recebimento desse foi mais demorado. Fez inclusive campanha de oração com os irmãos da igreja e depois de mais de 3 anos que havia dado entrada na documentação para recebê-lo, teve a vitória não só do benefício, mas do retroativo, referente ao período que já havia dado entrada com os documentos e não havia recebido. De acordo com Rotelli (2001), o sujeito só se torna cidadão quando além de sair do manicômio, lhe são atribuídos recursos e condições para que possa seguir de maneira digna sua vida adiante. Assim, a desinstitucionalização não é só desconstruir a instituição, deve haver um compromisso com esse sujeito que teve parte de sua vida aprisionada, seja fisicamente, quanto subjetivamente.

Com o dinheiro, queria comprar uma casa, mas infelizmente não dava, resolveu deixar o cômodo pequeno no qual morou por 10 anos e alugar um local maior onde pudesse ter uma vida digna e confortável. O rapaz que tem cicatrizes no braço por conta de crises que tinha no meio da noite e que acabava se machucando na cama tubular que havia ganhado, comprou um cama de casal box. Pela primeira vez na vida pode escolher o que queria, além de ter condições de comprar. Comprou toda a mobília nova, da cor e marca que ele queria. Ao mesmo tempo que fala como um menino que pôde escolher o presente que queria, o cidadão reclama que as portas do armário adquirido não havia sido da cor que ele tinha escolhido, foi na loja reclamar e as trocaram. Diferente de antes que falava e não era escutado, como cidadão empoderado, seu discurso é legitimado. Essas nuances de menino e cidadão estão amplamente no seu discurso. Menino e homem se misturam o tempo todo, talvez por conta da adolescência interrompida pelo sofrimento psíquico.

Elias frequentou por um tempo as oficinas do HSVP, apesar de afirmar que elas pouco colaboraram para sua recuperação por conta da má condução pelas profissionais. A TV São surgiu nesse cenário como uma oportunidade de dar continuidade a sua recuperação fora do hospital, ocupando espaços até então nunca imaginados por ele. Logo depois foi para a Inverso, a ONG com “cara” de família lhe possibilitou conhecer outros espaços e pessoas, foi quando entrou para o MPSMDF e intensificou sua participação na militância em saúde mental, que já havia começado na TV São. Quando o homem com ensino fundamental podia imaginar que estaria em faculdades, ao lado de especialistas e doutores, contando sua história, e mais do que isso, tendo seu aprendizado e vivência valorizados e legitimados como um saber que faculdade ou curso algum pode fornecer, isso é desinstitucionalizar, ser um cidadão legitimado, conforme proposto por Basgalia (2001), Rotelli (2001) e Rotelli e outros (2001).

Elias que antes precisava da mediação de Laura para ir atrás dos seus direitos, agora não só precisava mais da companhia dela, como vai atrás dos seus direitos e dos outros também. Exemplos de defesa de direitos a nível formal e informal (VASCONCELOS, 2003). A respeito das decepções que teve com sua família, foram ressignificadas por ele que hoje luta para que as famílias tenham consciência da importância de estar ao lado dando apoio e suporte a pessoa em sofrimento. Conforme elucidado por Vasconcelos (2003), essa ressignificação da experiência, é de suma importância para que o sujeito alcance sua recuperação.

Sobre os preconceitos e discriminações que tanto o fizeram sofrer, doem ainda, mas hoje consegue enfrentar a situação, ao invés de abaixar a cabeça e chorar, como fazia antes. Dói muito não ter alguém para dividir a vida, com seus sonhos e planos, o que o faz se sentir só nesse mundo. O fato de ter um diagnóstico psiquiátrico o afasta de possíveis companheiras, o que o deixa muito triste, no entanto, isso não o abate ao ponto de não ver futuro para sua vida, ao contrário, o fortalece, já que foi sempre através do sofrimento que alcançou a vitória. Não há limites que o impeça de seguir sua vida, lutando por melhores condições de saúde e vida, novamente, essas estratégias de enfrentamento só foram possíveis devido ao fato de ter se empoderado como sujeito (VASCONCELOS, 2003).

Realmente é uma história de grande superação e de uma força e vontade de vencer impressionantes. Elias tinha tudo para continuar sendo institucionalizado, tanto pela família como pelo hospital, contudo, havia uma sede de vencer e mostrar para aqueles que não acreditavam em seu sucesso, em especial seu pai, que ele tinha sim potencialidades para reverter à situação de “desfavorecimento” por conta de seu sofrimento psíquico.

Atualmente Elias é um exemplo para aqueles que ainda não conseguiram essa tomada de decisão, em mudar a realidade opressora a qual são submetidos, mas isso é questão de tempo. Afinal de contas, são 23 anos de história e sofrimento, e principalmente, de superação e aprendizado.

Capítulo 5: CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante de tudo que até aqui fora exposto, podemos concluir que a trajetória de Elias foi um percurso de empoderamento e de desinstitucionalização. Conforme foi sendo reinserido socialmente, conquistando novos espaços sociais, foi se empoderando como sujeito e se fortalecendo, alcançando o papel de cidadão detentor de direitos e obrigações.

Para que pudéssemos compreender a desinstitucionalização como um novo paradigma de cuidado a partir das contribuições de Basaglia (2001), comparamos as práticas antes e depois desse novo modelo, percebendo assim que grandes foram os avanços na saúde mental em todo o cenário mundial, conforme discorremos no primeiro capítulo desta monografia. Contudo, a desinstitucionalização deve ser tida como processo, vivida como outra possibilidade de cuidado, com foco no sujeito ao invés da doença.

No capítulo 2, vimos o quanto à influência de Basaglia está presente na nossa Política Nacional de Saúde Mental. Além disso, embora tenha sido uma grande conquista a sanção da Lei Federal nº 10.216 em 2001, ela é um aparato legal que ainda tem como desafio ser implementada concretamente no nosso país. Ainda nesse capítulo, abordamos o cenário da saúde mental no DF, local onde foi realizado este estudo de conclusão de curso. Embora o DF tenha passado e ainda tem passado por momentos difíceis na saúde mental, nossa RAPS está em construção e vem melhorando, embora que seja lentamente. Ainda temos uma baixa cobertura de serviços substitutivos, com o menor índice de cobertura do país, de acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2012). Como já mencionado, o déficit dos serviços substitutivos, em especial dos CAPS, reflete o próprio déficit da RAPS.

Contudo, a transformação desse cenário é possível, temos grandes exemplos como o de Trieste na Itália (Rotelli et al, 2001) e o de Santos no Brasil (BRASIL, 2004), que nos mostra que a desinstitucionalização é possível, além disso, ela faz bem, conforme podemos ver aqui mesmo DF, na ONG Inverso, que embora não receba ajuda financeira do governo, é um dispositivo importante da RAPS e que faz a diferença no seu território.

No capítulo 3 abordamos sobre a importância da narrativa na saúde mental, como um dispositivo empoderador e político, que nos permite acessar o fenômeno através dele mesmo, o que é de suma importância, quando temos sujeitos que foram tornados invisíveis socialmente, além de silenciados. Assim, a utilização das narrativas na saúde mental é uma necessidade metodológica, ética e política, ao resgatar novamente essas vozes silenciadas pela institucionalização (BRAGA, 2012).

Para analisar um conteúdo tão profundo e rico, adquirido através da construção da narrativa, optamos por utilizar uma metodologia de análise que realmente pudesse ser profunda, levando em consideração todas as particularidades desse fenômeno. Desse modo, a escolha pela hermenêutica de profundidade, conforme a reinterpretação de Demo (2001) foi devido a sua especificidade de analisar fenômenos construídos socialmente, como o nosso caso. Assim, podemos analisar todo o processo de empoderamento de Elias, das dificuldades enfrentadas e das vitórias conquistadas, dentre elas, o fato de ser um cidadão pleno.

A partir de sua narrativa, compreendemos sua trajetória, incluindo seu tratamento, a partir de sua singularidade, rompendo dessa maneira com as padronizações que por muito tempo fizeram parte da saúde mental (GOFFMAN, 2010; VASCONCELOS, 2003; AMARANTE, 2013). Para isso, foi de suma importância o contato com o seu contexto sócio-histórico, constituinte de sua subjetividade e particularidade (DEMO, 2001).

Os 23 anos de anos de carreira psiquiátrica, apesar da precariedade da RAPS no DF, lhe trouxe um aprendizado sobre si próprio maior do que o de alguns profissionais de saúde a seu respeito. Com o tempo foi identificando o que era bom e prejudicial para sua saúde, inclusive os medicamentos. Apesar das limitações por conta do seu sofrimento psíquico e da ausência afetiva dos familiares, principalmente do pai, Elias conseguiu encontrar estratégias para enfrentar o que antes o impossibilitava de ter uma qualidade de vida. Dentre essas antigas limitações estão o estigma, a discriminação e o preconceito.

Ao dar voz para o sujeito narrar sua história, percebemos o quanto a saúde mental é singular e particular. Além disso, percebemos a necessidade de incentivar a construção de narrativas em saúde mental, devido sua dimensão política e empoderadora. Através dessa metodologia podemos ter outra compreensão da saúde mental, com uma riqueza de vivências e experiências singulares extraordinárias (VASCONCELOS, 2003). Como dispositivo político, as narrativas nos permite dar voz a esses sujeitos que foram silenciados e negligenciados no processo de enclausuramento do sofrimento psíquico, sendo de suma importância levar esse conhecimento adquirido através da vivência em saúde mental para a academia (BRAGA, 2012).

Esse contato com a história de Elias nos fez pensar na quantidade de histórias de sofrimento e superação presentes na saúde mental e que continuam desconhecidas, podendo vir a ser utilizadas como exemplos de recuperação para todos os usuários de saúde mental. Casos como o de Elias devem ser registrados e divulgados, conforme os trabalhos realizados por Vasconcelos e outros (2005) e Braga (2012). Assim, destacamos a necessidade da

continuação do trabalho de construção de narrativas na saúde mental, como dispositivo empoderador, político e desinstitucionalizador.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMARAL, Marcela Corrêa Martins. **Narrativas de reforma psiquiátrica e cidadania no Distrito Federal**. 2006. 204f. Dissertação (Mestrado em Sociologia). Universidade de Brasília, Programa de Pós-Graduação em Sociologia, Brasília, 2004.

AMARANTE, Paulo. **O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996.

_____. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. 4ª ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2013.

BASAGLIA, Franca Ongario. Prefácio. In: AMARANTE, Paulo, **O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996, p. 11-12.

BASAGLIA, Franco. As instituições da violência. In: BASAGLIA, Franco. (Coord.), **A instituição negada: relato de um hospital psiquiátrico**. 3ª ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 2001, p. 99-133.

BRAGA, Felipe Willadino. **A cultura popular como recurso clínico na atenção ao sofrimento psíquico grave**. 2012. 168f. Dissertação (Mestrado em Psicologia). Universidade de Brasília, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Brasília, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Legislação em saúde mental 1990-2002**. 3ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____. Ministério da Saúde. **Saúde Mental no SUS: os centros de atenção psicossocial**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Ministério da Saúde. **Legislação em Saúde Mental - 2004 a 2010**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

_____. Ministério da Saúde. **Saúde Mental em Dados - 10**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

_____. Ministério da Saúde. **Caderno de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores: 2013 – 2015**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

_____. Tribunal de Justiça do Distrito Federal e dos Territórios. **DF terá que criar 25 residências terapêuticas e 19 CAPS para pessoas com doenças mentais**. Brasília, 2013. Disponível em: <<http://www.tjdft.jus.br/institucional/imprensa/noticias/2013/setembro/df-tera-que-criar-25-residencias-terapeuticas-e-19-caps-para-pessoas-com-doencas-mentais>> Acesso em: 27 mai. 2014.

_____. Senado Federal. Brasília tem 2,6 milhões de habitantes e a maior renda '*per capita*' do país. Brasília, 2014. Disponível em: <<http://www.senado.gov.br/noticias/especiais/brasilia50anos/not01.asp>> Acesso em: 01. Jul. 2014.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (CFP). **Regulação dos serviços de saúde mental no Brasil**. Brasília: CFP, 2013.

COSTA, Ileno Izídio. Delimitação e gerenciamento da crise psíquica grave: em busca de parâmetros. In: COSTA, Ileno Izídio (Org.), **Intervenção e crise psíquica grave: fenomenologia do sofrimento psíquico**. Curitiba: Juruá, 2013, p. 33-74.

DEMO, Pedro. **Pesquisa e informação qualitativa: Aportes metodológicos**. Campinas: Papirus, 2001.

DIMENSTEIN, Magda. O desafio da política de saúde mental: a (re) inserção dos portadores de transtornos mentais. **Revista de Saúde Mental e Subjetividade da UNIPAC - Mental**, Barbacena, a. IV, n. 6, p. 69-83, 2006.

DISTRITO FEDERAL. **Plano Diretor de Saúde Mental do Distrito Federal 2011 a 2015**. Brasília: Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, 2010.

_____. **Relatório Anual de Atividades - 2012**. Brasília: Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, 2012.

_____. **Ceilândia detêm 16% da população do DF**. Brasília, 2013. Disponível em: <<http://www.codeplan.df.gov.br/noticias/noticias/item/2905ceil%C3%A2ndiadet%C3%A9m-16-da-popula%C3%A7%C3%A3o-do-df.html>> Acesso em: 27 jun. 2014.

_____. **Atendimento do SAMU contam com equipe multidisciplinar**. Brasília, 2014a. Disponível em: <<http://www.saude.df.gov.br/noticias/item/4742-ocorr%C3%A2ncias-do-samu-t%C3%A2m-apoio-psicol%C3%B3gico.html>> Acesso em: 09 jun. 2014.

_____. **Sobre a RA III**. Brasília, 2014b. Disponível em: <<http://www.taguatinga.df.gov.br/sobre-a-ra-taguatinga/conheca-taguatinga-ra-iii.html>> Acesso em: 27 jun. 2014.

_____. **Conheça a Ceilândia RA-IX**. Brasília, 2014c. Disponível em: <<http://www.ceilandia.df.gov.br/sobre-a-ra-ix/conheca-ceilandia-ra-ix.html>> Acesso em: 27 jun. 2014.

FOUCAULT, Michael. **O poder psiquiátrico**: curso dado no Collège de France (1973-1974). São Paulo: Martins Fontes, 2006.

_____. **História da loucura**: na idade clássica. 9ª ed. São Paulo: Perspectiva, 2010.

FURQUIM, Gabriella. **Maior favela da América Latina**: Sol Nascente toma posto da Rocinha. In: *Correio Braziliense*, Brasília, 2013. Disponível em: <http://www.correiobraziliense.com.br/app/noticia/cidades/2013/09/28/interna_cidadesdf,390588/maior-favela-da-america-latina-sol-nascente-toma-posto-da-rocinha.shtml> Acesso em: 27 jun. 2014.

GIBBS, Graham. **Análise de dados qualitativos**. Porto Alegre: Artmed, 2009.

GOFFMAN, Erving. **Manicômios, prisões e conventos**. 8ª ed. São Paulo: Perspectiva, 2010.

GONÇALVES, Renata Weber; VIEIRA, Fabíola Sulpino; DELGADO, Paulo Gabriel Godinho. Política de Saúde Mental no Brasil: evolução do gasto federal entre 2001 e 2009. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 46, n. 1, p. 51-58, 2012.

GUIMARÃES, Andréa Noeremberg et al. O tratamento ao portador de transtorno mental: um diálogo com a legislação federal brasileira (1935-2001). **Texto & Contexto - Enfermagem**, Florianópolis, v. 19, n. 2, p. 274-282, 2010.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Distrito Federal**. Brasília, 2013. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/estadosat/perfil.php?sigla=DF>> Acesso em: 08 jun. 2014.

LIMA, Maria da Glória; SILVA, Graciette Borges. A reforma psiquiátrica no Distrito Federal. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 57, n. 5, p. 591-595, 2004.

LOBOSQUE, Ana Marta. **Clínica em movimento**: por uma sociedade sem manicômios. Rio de Janeiro: Garamond, 2003.

MIRANDA, Lilian; ONOCKO CAMPOS, Rosana Teresa. Narrativa de pacientes psicóticos: notas para um suporte metodológico de pesquisa. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, São Paulo, v. 13, n. 3, p. 441-456, set. 2010.

MOVIMENTO PRÓ-SAÚDE MENTAL DO DISTRITO FEDERAL (MPSMDF). **Como anda a Saúde Mental na capital do país?** Uma amostra da realidade da Rede de Atenção Psicossocial do Distrito Federal. Relatório de Visitas Institucionais realizadas através da Frente Parlamentar de Saúde Mental da Câmara Legislativa do Distrito Federal e o MPSMDF. Brasília: MPSMDF, 20f, 2013.

NISHIKAWA, Christiano Asano. **A convivência como instrumento desinstitucionalizante**: (re) construindo cidadanias. 2012. 113f. Monografia (Graduação em Psicologia). UniCEUB, Faculdade de Ciências da Educação e da Saúde, Brasília, 2012.

ONOCKO CAMPOS, Rosana Teresa; FURTADO, Juarez Pereira. Narrativas: utilização na pesquisa qualitativa em saúde. **Revista de Saúde Pública**, v. 42, n. 6 p. 1090-1096, 2008.

PACHECO, Juliana Garcia. **Reforma Psiquiátrica, uma realidade possível**: representações sociais da loucura e a história de uma experiência. Curitiba: Juruá, 2009.

PORTELA. Cristiane de Assis. Cenários de Saúde Mental e Políticas de Segregação no DF. In: SILVA, René Marc da Costa (Org.), **Raça e gênero na Saúde Mental do Distrito Federal**. Brasília: UniCEUB, p. 81-108, 2013.

PREBIANCHI, Helena Bazanelli; FALLEIROS, Gabriela Giacometti. Doença mental: representações de usuários e de profissionais da saúde. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 16, n. 1, p. 33-41, 2011.

REMOR, Carlos Augusto Monguilhott; REMOR, Lourdes de Costa. A entrevista: fundamentos da hermenêutica e da psicanálise. **Texto & Contexto - Enfermagem**, Florianópolis, v. 21, n. 4, p. 963-970, 2012.

ROTELLI, Franco. O inventário das subtrações. In: NICÁRIO, Fernanda. (Org.), **Desinstitucionalização**, 2ª ed. São Paulo: Hucitec, p. 61-64, 2001.

ROTELLI, Franco; LEONARDIS, Ota; MAURI, Diana. Desinstitucionalização, uma outra via. A Reforma Psiquiátrica Italiana no Contexto da Europa Ocidental e dos “Países

Avançados”. In: NICÁRIO, Fernanda. (Org.), **Desinstitucionalização**, 2ª ed. São Paulo: Hucitec, p. 17-60, 2001.

SÁ, Carmem Gomes; PEREIRA, Ondina Pena. Psicopatologia e poder disciplinar: o papel da psicologia no questionamento da individualidade domesticada. In: RIBEIRO, Maria Alexina et al (Orgs.). **Psicopatologia, processos de adoecimento e promoção da saúde**. Brasília: Universa, p. 51-66, 2006.

SILVA, Henrique César; BAENA, Camila Raimualdo; BAENA, Juliana Raimualdo. O dado empírico de linguagem na perspectiva da análise de discurso francesa: um exemplo sobre as relações discursivas entre ciência, cotidiano e leitura. **Ciência & Educação**, Bauru, v. 12, n. 3, p. 347-364, 2006.

TV PINEL. **Quem Somos**. Rio de Janeiro, 2013. Disponível em: <<http://tvpinel2011.blogspot.com.br/search/label/Tv%20Pinel>> Acesso em: 28 jun. 2014.

TV SÃ. **Introdução**. Brasília, 2012. Disponível em: <<https://www.blogger.com/profile/08541511148639617398>> Acesso em: 28 jun. 2014.

VASCONCELOS, Eduardo Mourão. **O poder que brota da dor e da opressão: empowerment, sua história, teorias e estratégias**. São Paulo: Paulus, 2003.

_____. Conceitos básicos para se entender as propostas e estratégias de empoderamento e as narrativas pessoais no campo da saúde mental. In: VASCONCELOS, Eduardo Mourão et al (Orgs.), **Reinventando a vida: narrativas de recuperação e convivência com o transtorno mental**. Rio de Janeiro – São Paulo: EncantArte – Hucitec, p. 231-244, 2005a.

_____. Os desafios no processo de construção de narrativas pessoais no campo da saúde mental: a experiência desta coletânea. In: VASCONCELOS, Eduardo Mourão et al (Orgs.), **Reinventando a vida: narrativas de recuperação e convivência com o transtorno mental**. Rio de Janeiro – São Paulo: EncantArte – Hucitec, p. 221-230, 2005b.

_____. Reinventando a vida e a saúde mental: narrativas pessoais de convivência com o transtorno mental, de recuperação de uma vida ativa e de engajamento social. In: VASCONCELOS, Eduardo Mourão et al (Orgs.), **Reinventando a vida: narrativas de recuperação e convivência com o transtorno mental**. Rio de Janeiro – São Paulo: EncantArte – Hucitec, p. 15-20, 2005c.

WEINGARTEN, R. (2005). Quem são na verdade os chamados ‘doentes mentais?’. In: VASCONCELOS, Eduardo Mourão et al (Orgs.), **Reinventando a vida: narrativas de recuperação e convivência com o transtorno mental**. Rio de Janeiro – São Paulo: EncantArte – Hucitec, p. 9-14, 2005.

APÊNDICES

APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Prezado (a) usuário (a),

Estamos realizando o projeto de pesquisa “UMA EXPERIÊNCIA DE EMPODERAMENTO: UMA NARRATIVA”. O objetivo de nosso trabalho é compreender o processo de empoderamento e reinserção social na saúde mental, a partir da narrativa de um frequentador de uma ONG de saúde mental no DF. Para isso, pretendemos realizar encontros, em locais e horários determinados pelo participante, para construir sua narrativa através de sua história de vida. Nosso estudo exige que possamos registrar, por escrito e em gravador, a narração de sua história. A sua participação irá nos ajudar a perceber a saúde mental por outra ótica, que é a do usuário, como protagonista desse campo de conhecimento.

Todas as informações coletadas são estritamente confidenciais. Se você concordar em participar do estudo, sua identidade será mantida em sigilo. Somente a pesquisadora e sua assistente de pesquisa, terão acesso às suas informações. A narrativa construída será divulgada em Trabalho de Conclusão do Curso de Psicologia, no Centro Universitário de Brasília – UniCEUB, preservando os dados de identificação. A narrativa será primeiramente apresentada ao participante antes de ser apresentada ao UniCEUB.

Caso você não queira participar (ou autorizar a participação), será respeitada totalmente sua decisão. Caso participe da pesquisa e depois queira desvincular-se, o participante será desligado, sem nenhum tipo de prejuízo, seus dados informados serão deletados, caso assim o deseje. A qualquer momento você poderá estar entrando em contato com a pesquisadora responsável Tania Inessa Martins de Resende, através do endereço de email taniainessa@gmail.com, para saber mais detalhes sobre a pesquisa, ou também, com a assistente da pesquisa, Dillyan Machado, através do endereço de email dillyanrmachado@gmail.com. Estaremos disponíveis durante todo o período da pesquisa para informá-lo do que achar necessário.

Agradecemos muito a sua colaboração.

Este projeto foi Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Uni-CEUB, sob o parecer Nº 494.518/2013, homologado em 06 de dezembro de 2013. As dúvidas com relação à assinatura do

TCLE ou os direitos do sujeito da pesquisa podem ser obtidos através do telefone: (61) 3966-1511. Este documento foi elaborado em duas vias, uma ficará com a pesquisadora responsável e a outra com você.

Pesquisadora Responsável
Tania Inessa Martins de Resende

Assistente de Pesquisa
Dillyan Machado

Nome/ Assinatura do usuário

Nome/ Assinatura do responsável legal (se for o caso)

Brasília, ____ de _____ de 2014.

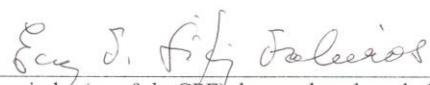
APÊNDICE B - Folha de rosto

Brasília/DF, 20 de novembro de 2013.

Prezada Profª. Marília de Queiroz Dias Jácome,
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa do UniCEUB

A coordenadora do Instituto de Convivência e de Recriação do Espaço Social - OnG Inverso, a assistente social Eva Faleiros, vem por meio desta, informar que está ciente e de acordo com a realização nesta instituição da pesquisa intitulada "*Experiências em saúde mental por meio de narrativas*", sob a responsabilidade da pesquisadora Profª Tania Inessa Martins de Resende e da assistente de pesquisa Dillyan Roriz Machado, a ser realizada no período de Janeiro a Julho de 2014.

A pesquisadora responsável e a assistente de pesquisa declaram estar cientes das normas que envolvem as pesquisas com seres humanos, em especial a Resolução nº466/12 do Conselho Nacional de Saúde - CNS e que a parte referente à coleta de dados somente será iniciada após a aprovação do projeto por parte desse Comitê e da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP, se também houver necessidade.

 - CPF-365.031.184-49
Nome e carimbo (ou nº do CPF) da coordenadora do Instituto de Convivência e
de Recriação do Espaço Social - OnG Inverso

Centro de Convivência Inverso
SCLN 408 Bloco "B" Loja 60 - Brasília-DF
Telefone (61) 3273-4175

APÊNDICE C - Termo de solicitação**TERMO DE SOLICITAÇÃO**

Eu, ELIAS LIMA BATISTA, venho através deste termo, solicitar que meu nome real seja utilizado, ao invés de fictício, na pesquisa “UMA EXPERIÊNCIA DE EMPODERAMENTO: UMA NARRATIVA”. Entendo que para mim não há nome melhor do que o meu para nomear minha história de vida.

Brasília, 14 de março de 2014

ANEXOS

ANEXO A - Lei Federal nº 10.216/01**LEI Nº 10.216, DE 6 DE ABRIL DE 2001**

Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono à seguinte Lei:

Art. 1º Os direitos e a proteção das pessoas acometidas de transtorno mental, de que trata esta Lei, são assegurados sem qualquer forma de discriminação quanto à raça, cor, sexo, orientação sexual, religião, opção política, nacionalidade, idade, família, recursos econômicos e ao grau de gravidade ou tempo de evolução de seu transtorno, ou qualquer outra.

Art. 2º Nos atendimentos em saúde mental, de qualquer natureza, a pessoa e seus familiares ou responsáveis serão formalmente cientificados dos direitos enumerados no parágrafo único deste artigo.

Parágrafo único. São direitos da pessoa portadora de transtorno mental:

- I - ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades;
- II - ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade;
- III - ser protegida contra qualquer forma de abuso e exploração;
- IV - ter garantia de sigilo nas informações prestadas;
- V - ter direito à presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária;
- VI - ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis;
- VII - receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento;
- VIII - ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis;
- IX - ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental.

Art. 3º É responsabilidade do Estado o desenvolvimento da política de saúde mental, a assistência e a promoção de ações de saúde aos portadores de transtornos mentais, com a devida participação da sociedade e da família, a qual será prestada em estabelecimento de

saúde mental, assim entendidas as instituições ou unidades que ofereçam assistência em saúde aos portadores de transtornos mentais.

Art. 4º A internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes.

§ 1º O tratamento visará, como finalidade permanente, a reinserção social do paciente em seu meio.

§ 2º O tratamento em regime de internação será estruturado de forma a oferecer assistência integral à pessoa portadora de transtornos mentais, incluindo serviços médicos, de assistência social, psicológicos, ocupacionais, de lazer, e outros.

§ 3º É vedada a internação de pacientes portadores de transtornos mentais em instituições com características asilares, ou seja, aquelas desprovidas dos recursos mencionados no § 2º e que não assegurem aos pacientes os direitos enumerados no parágrafo único do art. 2º.

Art. 5º O paciente há longo tempo hospitalizado ou para o qual se caracterize situação de grave dependência institucional, decorrente de seu quadro clínico ou de ausência de suporte social, será objeto de política específica de alta planejada e reabilitação psicossocial assistida, sob responsabilidade da autoridade sanitária competente e supervisão de instância a ser definida pelo Poder Executivo, assegurada a continuidade do tratamento, quando necessário.

Art. 6º A internação psiquiátrica somente será realizada mediante laudo médico circunstanciado que caracterize os seus motivos.

Parágrafo único. São considerados os seguintes tipos de internação psiquiátrica:

I - internação voluntária: aquela que se dá com o consentimento do usuário;

II - internação involuntária: aquela que se dá sem o consentimento do usuário e a pedido de terceiro; e

III - internação compulsória: aquela determinada pela Justiça.

Art. 7º A pessoa que solicita voluntariamente sua internação, ou que a consente, deve assinar, no momento da admissão, uma declaração de que optou por esse regime de tratamento.

Parágrafo único. O término da internação voluntária ou involuntária deverá, no prazo de setenta e duas horas, ser comunicada ao Ministério Público Estadual pelo responsável técnico do estabelecimento.

§ 1º A internação psiquiátrica involuntária deverá, no prazo de setenta e duas horas, ser comunicada ao Ministério Público Estadual pelo responsável técnico do estabelecimento no qual tenha ocorrido, devendo esse mesmo procedimento ser adotado quando da respectiva alta.

§ 2º O término da internação involuntária dar-se-á por solicitação escrita do familiar, ou responsável legal, ou quando estabelecido pelo especialista responsável pelo tratamento.

Art. 9º A internação compulsória é determinada, de acordo com a legislação vigente, pelo juiz competente, que levará em conta as considerações de segurança do estabelecimento, quanto à salvaguarda do paciente, dos demais internados e funcionários.

Art. 10º. Evasão, transferência, acidente, intercorrência clínica grave e falecimento serão comunicados pela direção do estabelecimento de saúde mental aos familiares, ou ao representante legal do paciente, bem como à autoridade sanitária responsável, no prazo máximo de vinte e quatro horas da data da ocorrência.

Art. 11º. Pesquisas científicas para fins diagnósticos ou terapêuticos não poderão ser realizadas sem o consentimento expresso do paciente, ou de seu representante legal, e sem a devida comunicação aos conselhos profissionais competentes e ao Conselho Nacional de Saúde.

Art. 12º. O Conselho Nacional de Saúde, no âmbito de sua atuação, criará a comissão nacional para acompanhar a implementação desta Lei.

Art. 13º. Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília, 6 de abril de 2001; 180º da Independência e 113º da República.

FERNANDO HENRIQUE CARDOSO

Jose Gregoria

José Serra

ANEXO B - Lei Distrital nº 975**LEI Nº 975, DE 12 DE DEZEMBRO DE 1995**

DODF DE 13.12.1995

Fixa diretrizes para a atenção à saúde mental no Distrito Federal e dá outras providências.

O GOVERNADOR DO DISTRITO FEDERAL, Faço saber que a Câmara Legislativa do Distrito Federal decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º A atenção ao usuário dos serviços de saúde mental será realizada de modo a assegurar o pleno exercício de seus direitos de cidadão, enfatizando-se:

- I - tratamento humanitário e respeitoso, sem qualquer discriminação;
- II - proteção contra qualquer forma de exploração;
- III - espaço próprio, necessário a sua liberdade e individualidade, com oferta de recursos terapêuticos e assistenciais indispensáveis a sua recuperação;
- IV - integração a sociedade, através de projetos com a comunidade;
- V - acesso às informações registradas sobre ele, sua saúde e tratamentos prescritos.

Parágrafo único - Poderá zelar pelo efetivo exercício dos direitos de que trata este artigo, nos casos de impossibilidade temporária do próprio usuário, pessoa legalmente constituída e/ou órgão competente.

Art. 2º Em caso de internação psiquiátrica involuntária, o médico e/ou a instituição fará a competente comunicação ao representante legal e à Defensoria Pública para adoção das medidas legais cabíveis.

§ 1º Entende-se por internação psiquiátrica involuntária aquela realizada sem o consentimento expresso do usuário.

§ 2º A comunicação disposta no caput do artigo deveser efetuada no prazo de 48 (quarenta e oito) horas contadas da internação.

Art. 3º A assistência ao usuário dos serviços de saúde mental será orientada no sentido de uma redução progressiva da utilização de leitos psiquiátricos em clínicas e hospitais especializados, mediante o redirecionamento de recursos, para concomitante desenvolvimento

de outras modalidades médico-assistenciais, garantindo-se os princípios de integralidade, descentralização e participação comunitária.

§ 1º Para efeito do disposto neste artigo, são consideradas modalidades médico-assistenciais, entre outras:

- I - atendimento ambulatorial;
- II - emergência psiquiátrica em pronto socorro geral;
- III - leitos psiquiátricos em hospital geral;
- IV - hospital-dia;
- V - hospital-noite;
- VI - núcleos e centros de atenção psicossocial;
- VII - centro de convivência;
- VIII - atelier terapêutico;
- IX - oficina protegida;
- X - pensão protegida;
- XI - lares abrigados.

§ 2º Os leitos psiquiátricos em hospitais e clínicas especializados deverão ser extintos num prazo de 4 (quatro) anos a contar da publicação desta Lei.

Art. 4º Ficam proibidas, no Distrito Federal, a concessão de autorização para a construção ou funcionamento de novos hospitais e clínicas psiquiátricas especializados e a ampliação da contratação de leitos hospitalares nos já existentes, por parte da Secretaria de Saúde do Distrito Federal.

Art. 5º A psicocirurgia e outros tratamentos invasivos e irreversíveis para transtornos mentais só se realizarão mediante prévio e expresse consentimento do usuário ou de pessoa legalmente instituída, após pronunciamento de junta médica solicitada ao Conselho Regional de Medicina atestando ser o que melhor atende às necessidades de saúde do próprio.

Art. 6º Para melhor cumprimento da ressocialização que se pretende, a Secretaria de Saúde do Distrito Federal poderá firmar convênios ou acordos com cooperativas de trabalho, associações de usuários, redes sociais de suporte e utilizar outros recursos comunitários.

Art. 7º A Secretaria de Saúde do Distrito Federal apresentará ao Conselho de Saúde do Distrito Federal, no prazo de 120 (cento e vinte) dias, a contar da data da publicação desta Lei, o Plano de Atenção à Saúde Mental do Distrito Federal e o Cronograma de Implantação, com a observância desta Lei.

Art. 8º O Governo do Distrito Federal promoverá campanhas de divulgação periódicas para esclarecimento dos pressupostos da reforma psiquiátrica de que trata esta Lei, nos meios de comunicação.

Art. 9º Todos os estabelecimentos de saúde deverão propiciar aos usuários pleno conhecimento do objeto desta Lei, bem como do Plano de Atenção à Saúde Mental do Distrito Federal previsto no art. 7º.

Art. 10. O Conselho de Saúde do Distrito Federal fica incumbido da fiscalização e acompanhamento do cumprimento do disposto nesta Lei.

Art. 11. Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 12. Revogam-se as disposições em contrário.

Brasília, 12 de dezembro de 1995.

107º da República e 36º de Brasília

CRISTOVAM BUARQUE

ANEXO C - Roteiro para Construção de Narrativas (Vasconcelos, et al., 2005, p. 223)

- Estamos falando de uma jornada – uma jornada que levou muito tempo, talvez muitos anos.
- É uma jornada que inclui crises e os sofrimentos pelos quais cada um passou. Como era sua vida antes desses problemas mentais? Em que consistiram seus problemas mentais? Fale um pouco sobre o que a crise gerou e interrompeu em sua vida. Como estes problemas afetaram as relações com a sua família?
- Acerca do tratamento (por exemplo, hospital, medicação, terapias, participação em serviços de saúde mental abertos tais como os Centros de Atenção Psicossocial – CAPS, etc): o que ajudou? O que não ajudou? Você procurou algum tratamento alternativo ou suporte informal (como por exemplo amigos, grupos religiosos e de auto-ajuda, etc).
- Como é que você foi se restabelecendo e reorganizando sua vida? O que você aprendeu em relação a lidar com os sintomas e os efeitos colaterais dos remédios? Como a vida espiritual (se houver), a militância, o trabalho, vida familiar, participação em atividades artísticas, sociais, educacionais, etc, ajudaram nesse processo?
- Você sentiu alguma forma de discriminação e estigma? Como foi isso? Como lidou com isso?
- Como são as suas perspectivas atuais e futuras de vida? Quais as sugestões que você daria a pessoas que ainda estão como “participantes na jornada de vida com os problemas mentais?” Que conselhos daria?
- Olhando para trás, quais os possíveis significados que você vê na sua experiência de sofrimento e de vida? A que lições de sabedoria você conseguiu chegar através dessa jornada?

ANEXO D - Ei psiu, eu não quero rivotril

Ei, psiu, eu não quero rivotril

Ei, psiu, eu não quero rivotril

Se você quer ser feliz,
Venha sambar aqui agora
Só não traga o rivotril,
Se não eu vou embora!

Ei, psiu, eu não quero rivotril

Ei, psiu, eu não quero rivotril

Seu doutor eu só lhe peço
Que não estrague o meu humor
Hoje estou de peito aberto
Para o samba e o amor

Ei, psiu, eu não quero rivotril

Ei, psiu, eu não quero rivotril

